



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Análisis ético y legal de la eutanasia en España.

Autor/es

MARÍA FERNÁNDEZ OMAGOGEASCOA

Director/es

IVAN SANTOLALLA ARNEDO

Facultad

Escuela Universitaria de Enfermería Antonio Coello Cuadrado

Titulación

Grado en Enfermería

Departamento

DERECHO

Curso académico

2019-20



Análisis ético y legal de la eutanasia en España., de MARÍA FERNÁNDEZ
OMAGOGÉASCOA

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

Universidad de La Rioja

Escuela Universitaria
de
Enfermería

Análisis ético y legal de la eutanasia en España

Ethical and legal analysis of euthanasia in Spain

Autor: María Fernández Omagogeascoa

TRABAJO FIN DE GRADO

TUTOR: Iván Santolalla Arnedo.

Logroño, 14 de Mayo del 2020.

4º curso- Convocatoria Excepcional.

INDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
1.- HISTORIA.....	4
2.- CONCEPTOS RELACIONADOS.....	7
3.- CLASIFICACIÓN DE LA EUTANASIA	9
4.- PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA	13
5.- EUTANASIA EN OTROS PAISES	19
JUSTIFICACIÓN.....	25
OBJETIVOS	26
DESARROLLO	27
METODOLOGIA	27
RESULTADOS.....	34
CONCLUSIÓN	50
BIBLIOGRAFÍA	52

RESUMEN

La eutanasia no tiene una definición concreta ya que engloba muchas características y tipos, por eso es importante contextualizar y clarificar la terminología que engloba este término, ya que es necesario para el desarrollo de los cuidados de enfermería en el paciente terminal. Esta revisión bibliográfica tiene por objeto realizar un análisis ético y legislativo de la eutanasia en este país, contando con opiniones del personal de enfermería, de colectivos religiosos y de partidos políticos. La legislación Española penaliza el acto eutanásico, pero existen otras medidas para disminuir el daño psicológico y físico del enfermo, como son los cuidados paliativos. Con el presente trabajo se puede concluir que a pesar de que siempre hayan existido movimientos tanto a favor como en contra de este acto, se puede confirmar que cada vez le dan más importancia a la autonomía y la libertad del enfermo terminal a la hora de tomar decisiones.

Palabras Claves: Eutanasia, Paciente terminal, Muerte digna, Suicidio asistido, Proceso del morir, Enfermería.

ABSTRACT

Euthanasia does not have a concrete definition because encompasses many characteristics and types, so it is important to contextualize and clarify the terminology that involves this term, as it is necessary for the development of nursing care in the terminal patient. This review is aimed at perform an ethical and legislative analysis of euthanasia in this country, with the point of view of the nursing staff, religious groups and political parties. Spanish legislation criminalises the act of euthanasia, but there are other measures to reduce the psychological and physical harm to the patient, such as palliative care. With the present work it is possible to conclude that despite there have always been movements in favour and against this act, it can be confirmed that more and more importance is given to the autonomy and freedom of the terminally ill patient when it comes to making decisions.

Key words: Euthanasia, Terminal Patient, dignified death, Assisted Suicide, Dying Process, Nursing.

INTRODUCCIÓN

Según algunos autores, El concepto Eutanasia deriva de las raíces griegas "eu" que significa bien- y "thanatos"-muerte-, es decir “la buena muerte” (1,2,3). La Organización Médica Colegial de España, lo concreta de la siguiente manera: “La eutanasia es quitar la vida a un paciente mediante una acción que se ejecuta o mediante la omisión de una intervención médica obligada. En uno y en otro caso, se provoca deliberadamente la muerte a un paciente” (1).

El significado de "eu-thanatos" ha evolucionado y actualmente hace referencia al acto de acabar con la vida de una persona enferma, a petición suya o de un tercero, con el fin de minimizar el sufrimiento (2).

Cabe destacar otras definiciones como la del Dr. Carlos R. Gherardi: “La eutanasia significa básicamente la provocación de la muerte, efectuada por un tercero, de un paciente portador de una enfermedad seguramente mortal, a su requerimiento y en su propio beneficio”. Teniendo en cuenta esta descripción, destacamos cinco elementos(3):

- La muerte es provocada por un tercero.
- Es necesaria la presencia de una enfermedad mortal.
- Debe ser solicitado por el paciente.
- La muerte debe ser en el propio beneficio de quien la solicite.
- Provocación de la muerte a través de una acción u omisión, de ahí el debate sobre la forma activa y la pasiva de la eutanasia.

Por otro lado, La Real Academia de la Lengua Española define este acto como “intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura” (4) o “muerte sin sufrimiento físico” (1,4,5). Asimismo, y de forma más técnica, también se define como la muerte indolora aplicada a una persona, consciente o no, que padece un sufrimiento causado por enfermedades incurables o por su condición de disminuido, ya sean dolencias congénitas o adquiridas, que se lleva a cabo por el personal sanitario, o al menos con la ayuda de este, mediante la aplicación de fármacos o la suspensión de tratamientos por que se valora como una vida indigna (5).

Por otra parte, la Iglesia Católica la define como una acción u omisión que por su naturaleza causa la muerte con el fin de eliminar cualquier dolor (5,6). Esta definición comprende tanto el acto de provocar la muerte (eutanasia activa) o la omisión (pasiva), que se explican en otro apartado del presente trabajo. Esta definición, también lleva implícito el sujeto de la acción o de la omisión, que es otra persona diferente a la que pide morir (6).

Asimismo, es importante destacar, que el gobierno totalitarista capitaneado por Hitler, usaba el término de eutanasia como la matanza sistemática de las personas con una vida indigna (7). Querían librarse de los que para ellos eran “parásitos”, una carga para la sociedad, matando a personas indefensas como los discapacitados (7,8).

Se observa que hay múltiples definiciones e interpretaciones sobre la eutanasia, y no solo eso, sino que este acto, incluye muchas modalidades por lo que se puede afirmar que resulta complicado definir este término de forma homogénea y su uso sistematizado.

1.- HISTORIA

La dificultad de concreción del término es histórica, en algunas sociedades prima la vida ante todo (nadie puede interferir en ella) y en otras, en cambio, ayudaban a morir a personas que no podían cumplir con su deber dentro de la sociedad (1,7).

En la Edad Antigua, el primer significado en la antigüedad greco-romana, como se explica en el primer párrafo, fue “buena muerte” aunque a lo largo de la historia ha habido diversas reflexiones sobre la muerte y el morir. La cultura griega se centraba en lo bello y lo sano, por lo tanto, no merecía la pena vivir una mala vida. Teniendo esto en cuenta, no tenían problema en ayudar a una persona a morir. En Atenas, el estado suministraba veneno (la cicuta) a quien lo solicitaba para poder poner fin a su sufrimiento, pero no categorizaban este acto como eutanasia, sino como ayuda a morir. En Roma, la “Ley de las XII tablas” autorizaba a los padres a matar a los hijos que nacían deformes. Uno de los grupos humanos más primitivos como son los esquimales, opinaban que no se podía mantener a los miembros improductivos de la sociedad. Los ancianos que no podían contribuir a las cargas sociales, por un lado perdían el derecho a la vida, y por otro adquirían el derecho a matarlos. Platón, en el libro “La República”, señala que una persona que no es capaz de realizar las funciones propias dentro de la sociedad, no es digna de recibir cuidados. Su discípulo Aristóteles, consideraba que dar muerte o ayudar a morir a alguien, estaba justificado si tuviera un fin político. (1,9)

Se dice que el filósofo griego Diógenes se suicidó cuando cayó enfermo; de igual manera, Zenón de Sitio, fundador de la escuela estoica. Epicúreo, no llegó a suicidarse, pero se embriagó para no tener conciencia de su muerte (9).

En contraposición, tanto Pitágoras como Hipócrates defendían el derecho a la vida humana (1). El juramento de este último ha marcado el paradigma del comportamiento médico de hoy en día. Hipócrates admitió que los médicos tenían el conocimiento tanto para curar como para matar, y de ahí surge el juramento de los médicos acordando que nunca usaran su conocimiento para ayudar a quitar la vida. Por eso el juramento Hipocrático dice: “A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin” (1,7).

Cicerón (106-43 A.C) filósofo, político, jurista y orador romano, en su carta a Ático, utiliza la palabra eutanasia refiriéndose a muerte digna, honesta y gloriosa. Séneca, filósofo, político y orador romano también, citó que era preferible quitarse la vida a una vida sin sentido y con sufrimiento. Y Epiceto, predicaba la muerte como la libre voluntad del ser humano (7).

En la Edad Media, con la llegada del Cristianismo, cambió la visión que se tenía sobre la eutanasia. En la biblia, tanto el antiguo como en el nuevo testamento, tienen una actitud solidaria frente a las personas que sufren. Los cristianos medievales, consideraban el sufrimiento y el dolor como instrumento de dios para la purificación de los pecados, por lo tanto debían ser aceptados como expresión de la voluntad de Dios. “La Summa Teológica”, obra de Santo Tomás de Aquino, alude que el suicidio va en contra del amor a Dios. Sostenía que “el suicidio era el más grave de los pecados porque uno no puede arrepentirse de él” (1).

En la Edad Moderna, comienza la importancia de las ciencias naturales y de la medicina, por lo que la perspectiva cristiana deja de ser la única. En 1623 es cuando Francis Bacon, canciller de Inglaterra, refiere la eutanasia como “el arte del buen morir” agregando la muerte de un enfermo ayudado por el médico. David Hume, filósofo escocés, pone en duda lo que los cristianos habían creído hasta ahora. Según Hume, si la vida humana fuera algo reservado a Dios, estaría igual de mal que una persona actuara para conservar la vida, como el que decidiese destruirla. Contrario al pensamiento de Hume y Bacon, Kant (con sus creencias cristianas) consideraba que el suicidio infringe los deberes y el respeto para consigo mismo. El concepto de Eutanasia como la conocemos hoy en día, surgió de la obra “el derecho a morir” escrita en 1895 por Jorst. Más tarde, en 1920, el abogado Karls Binding junto con el psiquiatra Alfred Hoche publicaron “la licitud de destruir la vida que no merece vivir”. A raíz de este libro, se autorizó la eutanasia en Alemania. En un principio se aplicaba a minusválidos, locos y retrasados mentales ya que eran los que más gastos ocasionaban (1).

Tomás Moro, teólogo, humanista, pensador y escritor inglés, manifestó en su obra “utopia” que si bien a los enfermos se les trataba de curar, si se trataba de un mal que no tenía cura y que causaba un dolor insoportable, siendo inútiles para las tareas de la vida, molestos para los otros y una carga para sí mismos, tenían derecho a morir (9).

En el Renacimiento es cuando el concepto adquiere su real significado considerándose como tal el buen morir. Aquí es cuando se dan cuenta de que hay que ayudar al moribundo a obtener una muerte digna brindándole los cuidados necesarios para paliar el dolor tanto físico como emocional (7).

Es de gran importancia explicar el caso del Holocausto Nazi anteriormente mencionado. En Enero de 1933, los nazis que se apoderaron de Alemania, consideraban que eran una raza superior, por lo que los judíos, discapacitados y algunos grupos eslavos (polacos y rusos) no merecían vivir ya que eran inferiores. Seis millones de judíos y más de doscientos mil discapacitados fueron asesinados. El gobierno totalitarista y extremista capitaneado por Adolf Hitler lo llamó “programa de eutanasia”. Los ultraderechistas usaban el término de eutanasia como “la matanza sistemática de los portadores de vida indigna de vivir” que estaban internados en instituciones, sin el conocimiento de sus familias (7). Esta operación secreta fue nombrada como Aktion T4, concentrándose en sus inicios en los recién nacidos y niños jóvenes. Tanto los médicos como las comadronas estaban obligados a registrar todos los niños con síntomas de retraso mental, discapacidad u otras enfermedades registradas en el Ministerio de Salud del Imperio. Más adelante el programa se extendió a niños más mayores y adultos con cualquier tipo de discapacidad. Estas personas eran transportadas por trabajadores de T4 a sanatorios donde se les decía que les iban a realizar una evaluación física, pero realmente eran asesinados por cámaras de gas. Debido a la polémica que causó, Hitler fue obligado a cancelar esta práctica el 23 de agosto de 1941, pero en 1942, volvieron a reanudarla secretamente. Las víctimas ya no eran asesinadas en instalaciones de gaseamiento sino que se les mataba por inyecciones letales o sobredosis de droga en clínicas dispersas por Alemania y Austria. En estos centros, incluso llegaban a privar a estos pacientes de alimento. El programa de eutanasia duró hasta los últimos días de la segunda guerra mundial, cuando la humanidad vio indispensable la necesidad de que una orden suprema protegiera a los seres humanos. Las barbaridades cometidas por los médicos nazis, fueron juzgados por el tribunal de Nuremberg (7).

La interpretación que se le da a este término proveniente del griego como “buena muerte”, está muy lejos de aclarar las situaciones que se encontrarían comprendidas dentro de esta simple expresión. Este término es demasiado sencillo para poder englobar todas las situaciones que se encuentran, relacionadas con la muerte digna, en la práctica médica de hoy en día. Según C.R Gherardi es imprescindible desarrollar una nueva definición de la eutanasia que tenga en cuenta las formas asistenciales actuales. Para este autor es importante redefinir esta palabra

ya que hoy en día tanto el concepto de paciente crítico como el desarrollo de los métodos de soporte vital han cambiado y avanzado (3).

A las personas les cuesta aceptar el proceso natural de vida (salud-enfermedad) y el desarrollo final de esta (la muerte). Los profesionales de enfermería debemos entender que al igual que asistimos, asesoramos y acompañamos en el nacimiento, también es necesario prestar esta atención en el fin de la vida. Para poder realizar de una forma adecuada esta asistencia, es necesario conocer la connotación que se le da a la muerte en otras culturas, razas o etnias. Es necesario añadir, que según Miguez Burgos, la muerte de un paciente va en contra del objetivo principal de las profesiones sanitarias, que es conservar la salud y la vida. (10). Pero según Jacinto Batiz, no todos los niveles de atención tienen por objetivo conservar la vida ya que los cuidados paliativos, término que se define más adelante, tienen como finalidad proporcionar aquellos tratamientos que alivien el sufrimiento del paciente terminal, evitando tratamientos desproporcionados a su situación de salud (11). El personal de enfermería tiene una importancia fundamental en estos cuidados ya que no solo les proporciona a los pacientes el apoyo emocional necesario, sino que también regula el control de síntomas del paciente en situación terminal.

2.- CONCEPTOS RELACIONADOS

Hoy en día, muchos conceptos se relacionan con la muerte y la eutanasia, y definirlos puede ayudar a su entendimiento.

Generalmente, cuando se hace referencia al acto eutanásico, este se relaciona con pacientes en fase terminal. Estos son los que padecen una enfermedad de la que no se espera que se recuperen, y previsiblemente mortal a corto plazo (2). Según la Sociedad Española De Cuidados Paliativos, hay una serie de criterios que reúnen los enfermos terminales (10):

- Existencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posible respuesta al tratamiento.
- Aparición de numerosos síntomas y problemas.
- Un importante impacto emocional no solo en el paciente sino también en la familia y el equipo terapéutico (relacionado con la presencia de la muerte).
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

A este tipo de pacientes, es necesario otorgarles una serie de cuidados con el fin de paliar su dolor tanto físico como emocional, a esta forma de atención se le denomina “Cuidados paliativos”. Estas acciones están dirigidas a la atención de los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales, teniendo como objetivos principales el bienestar y el fomento de la dignidad y autonomía de los enfermos y de su familia. Requieren el trabajo de equipos multidisciplinarios que incluyen profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, etc.), expertos en ética, asesores espirituales, abogados y voluntarios (2).

Aceptar la muerte del paciente contradice el objetivo de todo sanitario que es conservar la salud y la vida. Por esto, el personal sanitario, intenta la curación del proceso terminal antes de intentar que el individuo viva con una calidad de vida el tiempo que le queda (10). La limitación del esfuerzo terapéutico trata de aceptar que la enfermedad no tiene cura, y que lo más adecuado sería abandonar los tratamientos que tratan de prolongar la vida y mantener las terapias que garantizan un bienestar para el enfermo (12).

La aplicación de tratamientos inútiles o, si son útiles, desproporcionadamente molestos para el resultado que se espera de ellos, se le denomina distanasia u obstinación terapéutica (2). Según Daniela Ortiz Celoria, son acciones que calman de alguna manera la sintomatología, pero prolongan la vida sin tener en cuenta la calidad de vida del enfermo, agrediendo el derecho de la persona a morir con dignidad (1). Teniendo en cuenta este problema, entró en vigor el documento de instituciones previas o también llamado testamento vital para la manifestación expresa de voluntad anticipada para el caso de que la persona careciese de la facultad de decidir acerca de su tratamiento médico (2).

Es importante hablar sobre la ortotanasia para más adelante entender los diferentes tipos de eutanasia que podemos encontrar. Consiste en dejar que la muerte natural llegue en enfermedades incurables, tratándolas con los tratamientos paliativos necesarios para evitar sufrimientos, recurriendo a medidas razonables. Por lo tanto, los sanitarios otorgan al paciente los cuidados necesarios para disminuir el sufrimiento sin alterar el curso de la muerte (1, 2). En muchas ocasiones se confunde con la eutanasia ya que algunos autores llaman a la eutanasia “muerte digna” imitando la ortotanasia (1). Para poder diferenciar la muerte digna de la eutanasia, Daniela distingue tres puntos importantes (1):

- Mientras que en la eutanasia activa la muerte es provocada por un profesional de la salud, en la muerte digna se le retiran los medios que están manteniendo con vida al paciente para lograr una muerte natural, asemejándose a la eutanasia pasiva donde se evita intervenir en el proceso hacia la muerte, por omisión de cuidados o abandono de tratamiento.

- En el primero, el paciente solicita que le maten debido al sufrimiento que padece, en cambio, en la muerte digna, el sufrimiento no es algo necesario. El paciente puede solicitar ser desenchufado de las máquinas para poder morir dignamente.
- Ambos tienen como objetivo la provocación de la muerte, pero en la muerte digna no se hace de manera activa, sino que de una forma indirecta.

Llegando al punto en el que los cuidados paliativos no son suficientes para paliar el dolor, se podría optar por otra opción a la que llaman sedación terminal. Este término hace referencia a la administración de fármacos para lograr aliviar el sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia. Esto se realiza a pacientes cuya muerte se prevé próxima, y con el consentimiento explícito, implícito o delegado del mismo. Es importante destacar, que como efecto secundario de la administración de la sedación, es posible que se adelante la muerte de la persona, siendo esta una eutanasia indirecta. Desde el punto de vista ético, esta acción es legal siempre y cuando la finalidad del profesional que administra esa medicación no sea la de adelantar la muerte (2).

3.- CLASIFICACIÓN DE LA EUTANASIA

Según el criterio de clasificación, existen distintos tipos de eutanasia. Aquí se muestran los tipos de eutanasia según el criterio de Doris Silva Alarcon (1):

A. Según la voluntad del sujeto pasivo

Dependiendo de quién toma la decisión, podría ser eutanasia voluntaria, no voluntaria o involuntaria;

- **Voluntaria:** La decisión la toma el paciente, a pesar de que la acción la realice una tercera persona.
- **Eutanasia no voluntaria:** El enfermo no tiene la capacidad para elegir, y es un tercero quien toma la decisión sin conocer los deseos del paciente, esto sucede en niños o en pacientes que no han expresado su consentimiento informado.
- **Involuntaria:** la decisión la toma un tercero contra la voluntad del enfermo, que manifiesta su deseo de no morir. También se le conoce por el nombre de Cacotanasia o Coactiva.

B. Según el autor

En este caso, diferenciamos dependiendo quién realice la acción;

- **Autónoma:** Cuando la propia persona se provoca la muerte sin ayuda de nadie más.
- **Heterónoma:** En la provocación de la muerte participan otras personas.

C. Según la actitud frente al curso vital

Dependiendo de si afecta a la duración del proceso hacia la muerte o no, diferenciamos la solutiva o la resolutive;

- **Solutiva:** Consiste en mitigar el sufrimiento de la persona enferma, suministrando calmantes que no incidan en el proceso del morir, y asistiéndole psicológica y espiritualmente.
- **Resolutiva:** Aquella que incide en la duración del proceso hacia la muerte, ya sea reduciéndolo o suprimiéndolo.

D. Eutanasia provocada heterónoma resolutive

Cuando el propósito es acortar el proceso de la muerte y participa una tercera persona, podemos distinguir entre cuatro tipos;

- **Activa:** La provocación de la muerte se realiza mediante una acción positiva dirigida a acortar o suprimir el curso vital.
- **Pasiva:** Consiste en evitar intervenir en el proceso hacia la muerte, por omisión de cuidados o abandono de tratamiento a pesar de que estos sean adecuados y proporcionados. En muchas ocasiones se utiliza este término para referirse a una práctica médica correcta de omisión de tratamientos desproporcionados al resultado que se va a obtener, pero en este caso, no sería una eutanasia pasiva, sino una correcta limitación del esfuerzo terapéutico (aceptar la irreversibilidad de una enfermedad y conveniencia de abandonar tratamientos) ya que resulta demasiado para la actual situación del paciente (obstinación terapéutica).
- **Directa:** Cuando la muerte se produce, por ejemplo, mediante la aplicación de una dosis mortal, que por sí misma cause la muerte.
- **Indirecta:** Cuando la muerte se consigue de forma indirecta, mediante un analgésico, que como efecto colateral, comprometa alguna función vital del paciente. Por ejemplo, en el caso del cáncer, se administra morfina, que como efecto colateral tiene una disminución de conciencia y casi siempre acorta la vida, pero la intención al administrarla, es paliar el dolor.

E. Según la motivación del autor

Se distinguen tres tipos, dependiendo del objetivo que tenía el autor;

- **Piadosa:** Tiene como objetivo evitar el sufrimiento de la persona enferma.
- **Eugenésica:** Dirigida a mejorar la raza humana.
- **Económica:** Dirigida a eliminar personas cuyas vidas se consideran inútiles, sin valor vital, y costosas de mantener.

Otros autores han intentado explicar los diferentes tipos de eutanasia con su propio criterio como Federico Campos, Carlos Sanchez y Omaira Jaramillo (9):

A. Según el Modo

Depende de la forma en la que se realiza ya sea por acción u omisión:

- **Activa:** También llamada eutanasia positiva. Acción dirigida a provocar la muerte (inyección letal).
- **Pasiva:** También denominada eutanasia negativa. Consiste en la omisión del tratamiento que requiere el paciente.

B. Según la intención

Depende del objetivo de la acción:

- **Directa:** Provocan la muerte intencionadamente.
- **Indirecta:** Se provoca la muerte de forma colateral intentando aliviar el dolor del enfermo.

C. Según la voluntad del paciente

Depende de quién toma la decisión de la acción

- **Voluntaria:** Se realiza con el consentimiento o la petición del paciente.
- **No voluntaria:** Sin contar con el consentimiento del enfermo.

Teniendo en cuenta las diferentes formas de clasificación, nos encontramos con una gran variedad de tipos de eutanasia. Resulta difícil diferenciar algunos términos como puede ser la eutanasia heterónoma directa o el suicidio asistido. Por eso a continuación se aclaran las diferencias entre estos términos.

El personal de enfermería, es responsable de los cuidados de las personas, y tienen un papel fundamental en el derecho del enfermo a morir con los cuidados pertinentes (control del dolor, expresión emocional, control de hemorragias, evitar deshidratación, etc.). Virginia Henderson, precursora del modelo de cuidados utilizado hoy en día en la enfermería, aclara que la función de este colectivo no es solo ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud y recuperación, sino que también realizan una importante función dirigida a proporcionar una muerte sin dolor al paciente en su etapa final de vida. Es más, tanto el Consejo Internacional de la Enfermería, como el código ético y deontológico de la Enfermería en Europa, o incluso la organización colegial de la enfermería en España, manifiestan el derecho de los pacientes a morir sin sufrimiento y la importancia de los cuidados enfermeros en esta actividad. Por lo tanto, estos profesionales, no solo proporcionan los cuidados necesarios a enfermos en fase terminal, sino que también tienen que instruir a la población sobre los derechos que reúnen las leyes respecto a una “muerte dulce” en España. Las taxonomías enfermeras, también contemplan estos aspectos en el diagnóstico. Existe el diagnóstico NANDA (00147)- Ansiedad ante la muerte, con el cual se encuentran dos objetivos (NOC) principales, NOC (1307): Muerte digna y el NOC (2007) Muerte confortable (13).

Por lo tanto, es evidente que el personal de enfermería debe tener clara su función dirigida al proceso final de vida, para que el paciente logre tener una muerte con los cuidados pertinentes para disminuir su sufrimiento. Para ello, es primordial que estos profesionales tengan claro los conceptos que envuelven estos cuidados, y hay un gran problema a la hora de distinguir la eutanasia con el suicidio asistido.

Eutanasia, como se define al inicio de este trabajo, proviene del término griego "eu- thanatos" (buena muerte), refiriéndose a las acciones realizadas por terceras personas, a petición del paciente que padece un sufrimiento físico y psíquico debido a una enfermedad incurable, para causarle la muerte de manera más rápida e indolora. Según C. De Miguel Sánchez y A. López Romero, en la eutanasia existe un vínculo causal e inmediato entre la acción y la muerte del paciente. Ya sea realizando la acción directa de matar (eutanasia activa) o la omisión de cuidados (eutanasia pasiva), esto lo hace una persona ajena al enfermo ya sea el personal sanitario, o un familiar (12).

Tanto la eutanasia activa como la pasiva tienen la finalidad de adelantar la muerte del paciente para liberarle del sufrimiento que padece. La diferencia está en que la pasiva no realiza una acción directa, sino que implica retirar o retener el tratamiento médico que prolonga la vida o el sufrimiento al enfermo. La pasiva reúne tres condiciones necesarias (14):

- Se retira o retiene el tratamiento que le está prolongando la vida.

- Uno de los propósitos principales tiene que ser la provocación de la muerte (o acelerar el proceso).
- La razón por la que se adelanta la muerte es el interés del paciente a acabar con ese sufrimiento.

El suicidio asistido, es la acción de una persona (que padece una enfermedad incurable) para acabar con su vida, y que cuenta con la ayuda de alguien más que le proporciona tanto conocimientos como medios para hacerlo. Cuando esa tercera persona es un médico, se le llama suicidio médicamente asistido (12).

Se puede distinguir la eutanasia del suicidio asistido atendiendo al agente causal directo de la muerte del paciente. En la eutanasia, la persona que realiza la acción o la omisión es, normalmente, alguien diferente al propio paciente, exceptuando la Eutanasia Autónoma. En el suicidio asistido, es la propia persona enferma quien se autoadministra los fármacos que pondrán fin a su vida de acuerdo con su voluntad. La expresión "medicamente asistido" hace referencia a que ha contado con la colaboración de un médico, para prescribirle la medicación o para poner en funcionamiento algún dispositivo que le permitirá al paciente causarle la muerte en el momento en el que lo necesite. Tanto el acto eutanásico como el suicidio médicamente asistido están penalizados en España (15).

4.- PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

Todos estos conceptos que se están mencionando, son parte de los aspectos éticos que estudia la bioética. Esta disciplina es el estudio de la conducta humana en los campos de las ciencias biológicas y de la atención de la salud. Se basa en una serie de principios que guían al profesional sanitario hacia la conducta más apropiada con respecto a la vida (16). El término "bioética" procede del griego: "bios" (vida) y "ethos" (comportamiento, costumbre) (17).

Cuando un paciente padece una enfermedad mortal e irreversible, al personal sanitario le surgen dudas sobre qué es lo más adecuado hacer para beneficiar al enfermo. La actitud de los profesionales ante los dilemas que aparecen en estas situaciones, no debe ser fruto de su intuición, sino que debe estar basada en una reflexión sensata, informada, discutida y compartida con el resto de los miembros del equipo multidisciplinar. Por otra parte, es indispensable contar con las preferencias que tenga la persona enferma (17). Para resolver los problemas que surgen en la toma de decisiones, surge la bioética de orientación principialista basada en los cuatro principios formulados por Beauchamp y Childress en 1979 (16,17). A continuación se presentan los principios que fundamentan la bioética:

Principio de beneficencia:

Hace referencia a la obligación del personal sanitario de actuar en función del mayor beneficio posible para el paciente, procurando el bienestar de la persona enferma. Es todo acto dirigido a prevenir o aliviar el daño, hacer el bien o incluso otorgar beneficios. Todo lo que implique la omisión de actos que puedan ocasionar algún perjuicio es parte de este principio (16).

Este principio está vinculado con la norma moral “siempre debe promoverse el bien” y debe estar dirigido a garantizar la salud de la sociedad en el sentido más amplio de este concepto. De aquí derivan una serie de obligaciones como ofrecer un servicio de calidad, evitar el exceso de terapéutica, y respetar condiciones o ideologías de los pacientes. Para esto, se precisa un personal competente y con una formación humanística basada en principios éticos. No solo hay que centrarse en curar la enfermedad, sino también en prevenir y educar a la población, implicando la modificación de estilos de vida y patrones culturales (educación sanitaria) (17).

Por lo tanto, se podría decir, que este principio es el más “evidente” ya que los sanitarios son formados para hacer el bien, tanto al paciente en particular como a la comunidad (atención primaria). Se basa en procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se apliquen en beneficio del enfermo (17).

En un principio puede parecer algo básico: Hacer el bien, pero puede generar dilemas ya que muchas veces el beneficio que queremos alcanzar puede derivar algún tipo de daño. En estos casos se le da mayor importancia a no causar daño, a no ser que el perjuicio esté intrínsecamente relacionado con el beneficio que se quiere alcanzar. Es necesario que tanto el paciente como el profesional sanitario, consideren al daño como inferior en relación con el beneficio por obtener y esté dispuesto a asumirlo (16).

La enfermera cumple con el principio de beneficencia cuando se preocupa y brinda una atención de calidad, pero también cuando ejecuta acciones derivadas de los médicos. Por ejemplo, cuando las enfermeras ajustan el horario de la administración de la medicación, no lo hace por su comodidad sino por la del paciente (1).

Principio de no maleficencia:

Es la formulación negativa del principio de beneficencia. Es uno de los fundamentos más antiguos de la medicina hipocrática: *Primum non nocere*, es decir, no hacer daño al paciente. Las reglas morales de este principio son las siguientes: no causar dolor, no inducir sufrimiento, no privar de placer, y no matar. Es muy importante analizar el riesgo/beneficio de las situaciones ante la toma de decisiones en el área de salud, y evitar la prolongación innecesaria del proceso de muerte, lo que se define anteriormente como distanasia. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. En el ámbito sanitario, muchos procedimientos pueden causar daños o sufrimientos, así como causar riesgos al paciente, no obstante, esos perjuicios se justifican en razón de los beneficios que se pueden generar, que por supuesto deben superar al dolor (16).

Hay autores que piensan que los dos principios (beneficencia y no-maleficencia) pueden unirse tomando el principio de no maleficencia como una parte del de beneficencia. Estos se diferencian en que el primero es el que guía la acción profesional mientras que el segundo hace referencia a la abstención de una acción que perjudique al paciente (1).

Éste también es un principio muy evidente ya que ningún profesional sanitario deberá utilizar sus conocimientos para ocasionar perjuicios al enfermo (17).

Principio de Justicia:

Antes de poder definir este concepto, es necesario aclarar primero la definición de justicia. Para muchos griegos y filósofos, constituye un elemento fundamental para la sociedad, “consideran que algo es justo cuando su existencia no interfiere con el orden al cual pertenece, el que cada cosa ocupe su lugar”. En el momento en el que algo se apodera o se apropia de otra cosa, se origina la injusticia, y se corrige, restaurando el orden del origen, sancionando la desmesura. El principio de justicia y equidad surge de pensadores que no estaban conformes con el modelo utilitarista de John Stuart Mill, uno de los filósofos más influyentes en el pensamiento occidental. Este modelo establece “el mayor bien para el mayor número de personas”, desprotegiendo a minorías y marginados. En cambio, John Bordley Rawls, filósofo estadounidense, creó la teoría de la justicia social, que argumenta por una parte que todas las personas tienen el mismo derecho a las libertades básicas, y por otra, sostiene que se deben solucionar las desigualdades sociales y económicas para hacer posible que las soluciones favorezcan a todos. Este principio argumenta la norma moral de dar a cada quien lo que necesita; Realizar una adecuada distribución de

recursos, proveer a cada paciente un adecuado nivel de atención, y disponer de suficientes recursos para dar una apropiada atención sanitaria (16).

El estado o la sociedad, debe asegurar una atención sanitaria ya que el concepto de salud es un derecho humano fundamental que está relacionado con el principio de justicia. Por otro lado, Platón definía la justicia distributiva como la repartición de cosas que cabe repartir entre los componentes de una sociedad. Estos dos argumentos llevan a pensar que el principio de justicia, llevado a la práctica, está directamente relacionado con la economía. Muchas veces, la justicia y la economía se contraponen ya que no hay recursos ilimitados para garantizar la salud. Todo esto demuestra que la justicia debe comprenderse como equidad, siendo necesaria la utilización de los recursos eficaz y eficientemente, a la vez que respondemos a las necesidades de cada grupo social. Por lo tanto, para poder cumplir con este principio, es necesario darle al paciente un trato justo, sin negarle un servicio o información, y tampoco imponerle una responsabilidad u obligación indebida o exigirle más de lo requerido (16).

Esto convierte al personal sanitario en gestor de los recursos y servicios que deben ser utilizados de forma efectiva y eficiente. Según A. Azulay Tapiero, este principio se basa en dos hechos (17):

- Todas las personas tienen la misma dignidad, por lo tanto todas merecen el mismo respeto y consideración.
- Es necesaria una distribución justa de los limitados recursos sanitarios para conseguir el máximo beneficio para la comunidad (evitando desigualdades en la asistencia sanitaria).

Principio de Autonomía:

Este fundamento consiste en la libertad de las personas a hacer uso de su propia autonomía, cada individuo es libre de tomar sus propias decisiones en base a sus intereses, deseos o creencias. Otra forma de definir este concepto sería la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada uno en decisiones que le incumben vitalmente (16).

Este principio es importante ya que obliga a informar al paciente, si él o ella lo desea, sobre el pronóstico, diagnóstico, y posibilidades terapéuticas teniendo en cuenta tanto los riesgos como los beneficios. Por otra parte, permite al enfermo rechazar los tratamientos o elegir distintas soluciones. Y por último, haciendo mención al tema principal del trabajo, permite al enfermo, dentro de lo posible y con las limitaciones legales vigentes, elegir el momento, lugar y forma de su muerte (17).

Este fundamento, en nuestro país, está respaldado por el llamado “consentimiento informado” siendo más importante en tratamientos o técnicas que impliquen un mayor riesgo. Centrándonos en la etapa final de vida y en el acto eutanásico, cuando el paciente tiene una enfermedad incurable y que le produce un intenso sufrimiento, es importante que pueda expresar su deseo de seguir con el tratamiento o de que le pauten un tratamiento paliativo para poder morir dignamente. Las decisiones que se toman en la etapa final de vida, tienen que adecuarse a las normas legales establecidas (17).

El consentimiento informado, hace referencia a que el paciente (18);

- Queda informado tanto sobre su enfermedad como de las opciones de tratamiento que tiene.
- Comprende todo lo del punto anterior (la afección y sus opciones de tratamiento).
- Es capaz de decidir que tratamiento médico desea recibir y dar su consentimiento para recibirlo.

El Código Deontológico, en su artículo 57, expresa que “toda persona debe expresar con absoluta libertad su voluntad de aceptar o rechazar su condición de ser paciente, así como rehusar determinadas indicaciones diagnósticas o terapéuticas” (16). La autonomía es la base fundamental de este artículo, siendo necesario que el personal sanitario exponga la información de forma clara y al nivel de las competencias del enfermo para que él pueda mostrar su opinión entendiendo toda la información acerca de su salud (18).

Pero este principio no siempre ha estado vigente, antiguamente la relación médico-paciente, era notablemente paternalista. Este término hace referencia a que la medicina estaba centrada en el médico, en cambio, se ha podido transformar en una relación más participativa, donde la medicina se centra en el paciente. Cada individuo exige conocer todo lo que está relacionado con su persona y su situación de salud. El enfermo deja de ser un elemento pasivo convirtiéndose en un ente con derechos, exigencias y expectativas (7,19).

Teniendo en cuenta los diferentes niveles de atención del personal sanitario; prevención, promoción, curación y rehabilitación, surge una contradicción con el principio de la autonomía. La atención primaria (educación para la salud), trata de cambiar hábitos, costumbres, e incluso tradiciones que puedan resultar dañinas para la salud de las personas y de la comunidad, lo que puede interpretarse como una intrusión que lesiona tanto la independencia como la autonomía del individuo o incluso de la comunidad (16).

A pesar de creer que entendemos con claridad la definición del principio de autonomía, los enfermeros, especialmente en el ámbito hospitalario, tienen dificultades a la hora de ponerlo en práctica. Hay varias explicaciones que se detallan a continuación de por qué el personal de enfermería tiene problemas a la hora de cumplir con este fundamento (20):

1. *El significado del principio*: Es difícil poder llegar a entender este término, ya que el paciente, en sí, por el hecho de estar enfermo, pierde autonomía, y el personal de enfermería se encarga de “abogar” los derechos e intereses de los usuarios, siendo muy complicado transmitir lo que el paciente quiere realmente.

Hay diversas definiciones del principio en la literatura de enfermería, como por ejemplo, en el libro de ética en la práctica de enfermería de Sara T. Fry, y Megan-Jane Johnstone, hace referencia a tres interpretaciones diferentes según el modelo que usemos para ponerlo en práctica:

- I. **Modelo de la protección de los derechos de los pacientes.** La enfermera es un “árbitro” de los derechos humanos y morales de los pacientes, asegurándose de que ellos entiendan los derechos que tienen, informándoles sobre infracciones y previniendo violaciones del derecho.
- II. **Modelo de decisiones basado en los valores.** El profesional les ayuda a estudiar las ventajas y desventajas de las opciones de salud que tienen, que estén más acordes a sus valores y creencias. Es importante no imponer decisiones.
- III. **Modelo de respeto por las personas.** Como abogada del paciente, la enfermera, teniendo en cuenta los valores del usuario, debe actuar protegiendo su dignidad, privacidad y elecciones.

Hay otras definiciones en la literatura de la enfermería, en las que se comprende el respeto a la autonomía de formas diferentes. Gadow, la entiende como ayudar al paciente a que tenga claro lo que quiere, Clark, en cambio, considera que la abogacía hace referencia a informar al paciente de sus derechos y proteger sus intereses, y por último, Salvage, sugiere que la abogacía implica una alianza entre enfermería y los usuarios del servicio de salud.

2. *Autonomía y Beneficencia*: La función principal de esta profesión es el cuidar, entendida la palabra como encargarse de la protección de la salud y el bienestar de alguien. Para llevar a cabo esta función, uno de los puntos más importantes es la relación enfermera-paciente que genera un vínculo afectivo increíblemente positivo para poder cuidar del sujeto. Pero, ¿En qué momento el principio de beneficencia (el acto de cuidar) choca con el de la autonomía (libertad de la persona)? En muchas ocasiones, la acción de la enfermera de proteger la salud del individuo, va en contra del bienestar de alguien que espera que se tengan en cuenta sus deseos, y no solamente sus necesidades. Por ejemplo; Paciente que acude al hospital por una Hipertensión mal controlada, desea que no se le den

alimentos con bajo contenido en sal. ¿La enfermera debería atender sus deseos yendo en contra del principio de beneficencia, o hace lo que ella cree que es correcto cayendo en el paternalismo? Un estudio realizado por Hanssen, encontró que las enfermeras tienden a priorizar el principio de beneficencia ante el de autonomía. Para muchas de ellas, priorizar los deseos y la autonomía del paciente, significa no cumplir con el principio de beneficencia o, incluso, caer en la maleficencia.

Gloria Lucía Arango Bayer, se centra en un tema más vulnerable, como los casos de la aplicación de la eutanasia: Un estudio realizado por Dierckx de Casterlé, con entrevistas a 12 enfermeras sobre la participación de estas en la eutanasia, referían que su acción se centraba en atender las solicitudes del paciente, comunicarlas al médico, y acompañar al paciente y a los familiares en el resto del proceso. Además, añadieron razones por las que no estaban dispuestas a aplicar la eutanasia personalmente debido a sus dudas acerca de lo correcto de la acción, ya que su deber es cuidar la salud del individuo. Por otro lado, un estudio realizado a enfermeras Australianas que trabajaron con pacientes terminales, no solamente apoyaban la eutanasia, sino que el 5% de ellas la aplicó sin autorización médica tanto por su responsabilidad con el bienestar del paciente como por evitar la obstinación terapéutica de los médicos. En estos dos ejemplos de la eutanasia se ve como el personal de enfermería, tanto las que están a favor como en contra, argumentan teniendo en cuenta el principio de beneficencia, no de la autonomía (20).

5.- EUTANASIA EN OTROS PAISES

No en todo el mundo se ve el acto eutanásico de la misma manera, depende de muchos factores como la manera de pensar de la sociedad, el partido político que gobierna en el momento, y los hechos históricos que han ocurrido en cada uno de los países. Aquí se muestran los ejemplos de algunos países:

El Estado de Oregón: El caso más representativo de Estados Unidos es el del estado de Oregón. En 1994, con el 51% de los votos, se aprobó la Oregón Death With Dignity Act legalizando el suicidio medicamente asistido. En 1995, se declaró inconstitucional pero en Noviembre de 1997 se aprobó de nuevo con el 60% de votos a favor (12).

Desde 1997 se permite el suicidio medicamente asistido únicamente en pacientes que padecen una enfermedad mortal, definida como aquella que probablemente causará la muerte en un plazo no mayor a 6 meses. A parte de esto, hay más requisitos que debe cumplir el paciente (12,15):

- 1) Ser mayor de 18 años.
- 2) Ser plenamente capaz para tomar decisiones acerca de su salud.
- 3) El paciente debe aclararle verbalmente al médico su decisión en dos ocasiones con un intervalo de al menos quince días entre ellas.
- 4) Además debe formular la petición por escrito y firmarla delante de dos testigos.
- 5) El médico responsable y un segundo médico tienen que estar de acuerdo tanto con el diagnóstico como con el pronóstico. También deben confirmar que el enfermo es plenamente capaz de tomar esta decisión. Si uno de los especialistas refiere que el paciente tiene algún problema psiquiátrico o psicológico, deberá someterse a un examen.
- 6) El médico debe informar al enfermo de posibles alternativas como los cuidados paliativos.
- 7) Los profesionales pueden recetar la dosis de drogas letales pero no administrarlas. El paciente debe ser capaz de poder administrárselo a sí mismo.
- 8) Los sanitarios no tienen la obligación de estar presentes en el acto.

La ley obliga al médico que ha prescrito el fármaco a informar al Department of Human Services del estado donde el paciente haya recibido dicha prescripción. Según los informes de este departamento, las muertes por suicidio medicamente asistido oscilan entre 15,6 por 10000 fallecidos en 2007 sin existir diferencias significativas según el sexo (15).

Holanda: En 1985, después de 20 años de discusión, Holanda propuso una definición para el concepto de eutanasia donde se definía como el acto de poner fin a la vida de una persona, a petición propia, por una tercera persona. Para los holandeses la eutanasia siempre es activa, intencional y directa, los otros tipos como la eutanasia pasiva, o la indirecta no se consideran eutanasia como tal. James Kennedy realizó un estudio para analizar por qué Holanda fue el primer país del mundo en legalizar la eutanasia, y llegó a la conclusión de que el sistema sanitario holandés siempre ha estado basado en la solidaridad y por lo tanto, no hay una presión económica para dejar a la gente morir. Por otro lado, no hay apenas partidos cristianos en el parlamento, y más adelante se ve la opinión de las religiones respecto al acto eutanásico. Es muy importante destacar también la mentalidad de los holandeses; Por una parte, en 1960, decidieron que todos los temas se podían hablar abiertamente, por lo que muchos temas que hasta el momento eran tabús salieron a la luz como puede ser la sexualidad o la muerte. Por otro lado, en 1969, se publicó el libro "Medical Power and Medical Ethics" donde se decía que si los sanitarios podían alargar la vida a una persona, podrían también acortarla. Por último, en 1960,

empezaron a aceptar las decisiones subjetivas del propio paciente, dejando de lado el aceptar las decisiones objetivas y autoritarias del médico sin tener en cuenta la opinión del enfermo (21).

A pesar de que en 2001 se aprueba la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio (12), no es hasta el 1 de Abril de 2002 que entra en vigor (12,15). En el artículo 2 de esta misma ley establece los requisitos necesarios para realizar este acto sin ser penalizado (12,21):

- 1) El paciente debe ser residente en Holanda.
- 2) El médico debe cerciorarse de que la petición sea voluntaria, bien meditada y que el enfermo sea plenamente capaz. Puede haberse expresado el deseo mediante el documento de voluntades anticipadas.
- 3) Debe tener un padecimiento insoportable y sin esperanzas de mejora.
- 4) El paciente debe estar informado de su situación y de las perspectivas de futuro.
- 5) Que otro facultativo corrobore el cumplimiento de los requisitos.
- 6) Que el acto se realice con máximo cuidado y profesionalidad.

Se excluye del concepto eutanasia los siguientes actos (12):

- La conducta activa para causar la muerte tanto en recién nacidos como en comatosos ya que no son capaces de expresar su voluntad.
- La administración de analgésicos para mitigar el dolor y el sufrimiento del paciente a pesar de que la administración de estos medicamentos acorten la esperanza de vida de la persona.
- La supresión o inicio de tratamientos que no tienen fin terapéutico sino paliativo.

Como se puede observar, se exigen requisitos similares a los exigidos en el estado de Oregón, pero hay algunas diferencias (12,15):

- I. En Holanda no se exige que el paciente padezca una enfermedad terminal sino que le cause un padecimiento insoportable y sin esperanza de mejora.
- II. Está legalizada tanto la eutanasia como el suicidio medicamente asistido.
- III. Está legalizado en menores de entre 16 y 18 años siempre y cuando sean conscientes de la situación y que los padres o los tutores legales hayan

participado en la decisión. En los menores de entre 12 y 16 años, los tutores o los padres deben expresar su acuerdo explícito con la decisión.

- IV. Después de realizar la acción el médico no tiene que realizar un certificado de defunción sino que informa al forense municipal enviándole los documentos e informes pertinentes para que corrobore el cumplimiento de los requisitos exigidos por la presente ley.
- V. El forense debe comunicar el caso a la Comisión Regional de Control que se establece en el artículo 3 de esta misma ley.

Bélgica: Bélgica comparte muchos lazos con Holanda, principalmente por la extensa historia vivida bajo el nombre de Paises Bajos. A pesar de que el debate sobre la legalización de la eutanasia comenzó en el mismo momento que la Sentencia judicial holandesa en 1973, no tuvo impulso hasta los principios de los años noventa. Cabe destacar el Dictamen que en 1997 hizo el Comité Asesor de Bioética de Bélgica el cual ayudo a encaminar una definición de eutanasia algo más precisa; El acto que realiza una persona de poner fin a la vida de otra persona por petición de esta última. También estableció que los debates se limitarían a casos en los que la persona que actuaba fuese médico y la persona que lo recibía era un paciente terminal. Además se insistió en distinguir la eutanasia de otras actuaciones como la administración de sedantes, o retirada de tratamientos fútiles. Por otra parte, se destaca también el cambio de gobierno en 1999 ya que anteriormente gobernaban cristiano-demócratas bloqueando cualquier proyecto de ley sobre la eutanasia (22).

El 20 de Septiembre de 2002 entró en vigor una ley relativa a la eutanasia. A diferencia de Holanda, esta ley despenaliza la eutanasia pero no menciona de forma clara el suicidio medicamente asistido (12,15). El primer informe elaborado por la Comisión Federal de Control y de Evaluación de la eutanasia, realizada durante los 15 primeros meses desde la puesta en vigor de esta ley, declara que algunos casos de eutanasia, fueron en realidad suicidios medicamente asistidos(15). La ley no fue modificada ya que el Código Penal Belga, no castiga el auxilio al suicidio, por lo tanto, no es necesario recoger en una despenalización un acto que no es punible (12). En relación con la ley Holandesa, la belga no exige que este derecho sea únicamente para los nativos pero si exige que el médico tenga una relación asistencial estrecha para que pueda verificar que el enfermo reúne las condiciones que exige la ley (15). A continuación se exponen las condiciones (12,15):

- 1) Que el paciente sea mayor de edad o menor emancipado, y capaz y consciente de su petición.
- 2) Que la petición sea voluntaria sin influencias exteriores. Puede ser una petición directa o mediante un documento de voluntades anticipadas.

- 3) Que padezca sufrimiento físico o psicológico derivado de una patología grave e incurable.

Por otro lado, el médico debe:

- 1) Informar al paciente sobre la existencia de cuidados paliativos.
- 2) Consultar a un segundo profesional que reitere lo que el primer médico ha dicho sobre el paciente.
- 3) Dejar pasar un intervalo de 30 días desde la petición hasta el acto eutanásico.
- 4) Dejar que el paciente lo consulte con otras personas cercanas.
- 5) Después de practicar el acto eutanásico, el médico debe enviar a la comisión federal anteriormente mencionada la documentación completa que establezca la ley.

Suiza: A pesar de que la eutanasia esté penalizada, el auxilio al suicidio está legalmente reconocido. Al contrario que en Holanda y Oregón, esta ayuda a morir no necesariamente tiene que contar con la asistencia del médico. Esta solo se exige en el caso en el que sea necesario el control correcto de la prescripción, pero en Suiza no consideran que la ayuda al suicidio sea una función de la medicina únicamente. Cabe destacar que un requisito obligatorio en esta práctica es que la persona que le haya proporcionado esa ayuda, no tenga una motivación egoísta ni de tipo personal o económica. Si esta práctica egoísta se llegase a demostrar, violaría el artículo 115 del Código Penal. Suiza tiene tres organizaciones voluntarias que dan apoyo a personas que necesitan ayuda para el suicidio (12):

- **EXIT:** Actúa en espacios de habla alemana e italiana. Pasó de asistir 30 casos en 1993, a un centenar de casos en 2006.
- **AMD:** Actúa en los cantones franceses.
- **DIGNITAS:** Ayudan a personas extranjeras que acuden a Suiza para recibir la ayuda al suicidio. Esta organización atendió 3 casos en el año 2000, 37 casos en 2001, 52 en 2002 y en 2003 llegó a ayudar a 91 personas.

Francia: Según un artículo de C. De Miguel Sánchez y A. López Romero, la eutanasia en este país está penalizada, ya sea la forma activa o pasiva. Actualmente han aprobado una ley relacionada con los derechos del paciente al final de la vida, haciendo referencia únicamente a la posibilidad de consentir las voluntades anticipadas. Esto disminuye la obstinación terapéutica ya que el paciente deja escrito lo que desea en el momento en el que él ya no sea capaz de decidir. Esta opción no permite la posibilidad de practicar ni la eutanasia ni la ayuda al suicidio. Respecto a la sociedad francesa, una encuesta realizada a petición de la Asociación para el derecho a morir con dignidad, refiere que 8 de cada 10 Franceses están a favor de la despenalización de la eutanasia en ciertos casos. El 86% de ellos aprobarían la idea

de autorizar una “asistencia médica para morir” siempre y cuando lo demande una persona con una enfermedad incurable en fase avanzada o terminal. Y el 77% de las personas interrogadas están a favor de cambiar la legislación permitiendo a un enfermo obtener la ayuda médica necesaria para morir si se encuentra en una situación indigna para él o ella (12).

Reino Unido: Un comité de la Cámara de los Lores publicó en 2005 el Assited Dying for Terminally Ill Bill, con un minucioso informe en el que se establecen los aspectos que deberían ser regulados tanto en la eutanasia como en el suicidio asistido. En un análisis del Reino Unido se muestra, por una parte, que hay una menor incidencia de eutanasia, suicidio asistido y eutanasia sin consentimiento explícito que en el resto de Europa, y por otro lado, que hay una mayor incidencia en retirar tratamientos que prolonguen la vida (limitación del esfuerzo terapéutico). Este estudio demuestra la importancia de los cuidados paliativos en el Reino Unido. La mayoría de los médicos están satisfechos con la legislación Británica pero un pequeño porcentaje de ellos refiere que interfiere en el manejo de los pacientes (12).

Alemania: El acto eutanásico está penalizado, pero no el cooperar en la ayuda al suicidio. El Código Penal alemán castiga el acto de poner fin a la vida del enfermo por petición del paciente (homicidio a petición), en cambio, acepta la ayuda a proporcionar los medios necesarios al enfermo para que se provoque su propia muerte. A pesar de que la ley acepte esta posibilidad, la sociedad alemana no lo ve como una práctica correcta por lo que no es habitual que se practique (12).

JUSTIFICACIÓN

La eutanasia es un tema altamente controvertido desde épocas históricas, muchas sociedades la legalizaban, e incluso filósofos como Platón, su discípulo Aristóteles, o Pitágoras tenían dilemas con este concepto. Se observa que hay muchos términos con similares definiciones, y es complicado diferenciarlos, hoy en día, incluso, hay complicaciones para poder definir los diferentes tipos de eutanasia, y no solo para esto, sino también para reglamentarlo.

El derecho primordial que reúne todo ser humano, es el de la vida. Pero cuando este derecho se ve afectado por condiciones de salud lamentables, donde la persona se ve en una situación indigna para ella, cabe preguntarse si la mejor opción es alargarle esa agonía para cumplir su derecho a la vida, o acabar con el sufrimiento que padece. Antiguamente, cuando la relación médico-paciente era totalmente paternalista, la decisión era del profesional sanitario, donde su principal prioridad era mantener con vida a la persona enferma, pero, hoy en día, donde la autonomía del paciente es un principio fundamental en la medicina, es primordial contar con la opinión del paciente siempre y cuando sus deseos no se contradigan con la legislación actual.

Tras lo expuesto, me parece de interés analizar tanto el marco legislativo de la eutanasia en este país, como las opiniones de diferentes grupos sociales. Es importante hablar sobre la opinión del personal de enfermería en este ámbito ya que no solo proporcionan los cuidados necesarios al paciente terminal sino que son un importante punto de apoyo para la familia del enfermo.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es realizar un análisis ético y legislativo de la eutanasia en España y su relación con la profesión de enfermería.

Objetivos específicos:

- Describir el marco legislativo relacionado con la eutanasia en España.
- Analizar diferencias éticas en relación al concepto de eutanasia.

DESARROLLO

METODOLOGIA

El presente trabajo consiste en realizar una revisión bibliográfica sobre la eutanasia, con el objeto de analizar la legislación y las opiniones éticas en nuestro país. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud: PUBMED, SCIELO, COCHRANE PLUS, Y DIALNET para poder conocer la información escrita acerca de este tema con la finalidad de responder el objetivo planteado.

De igual manera, se utilizaron otras estrategias con la intención de cubrir la mayoría de los artículos publicados en esta área: a) búsqueda manual en revistas relevantes dentro de esta temática; b) búsqueda manual a partir de listas de referencias bibliográficas de los artículos más relevantes sobre el tema y así enriquecer la base de información tras una revisión inicial; c) medios de comunicación escritos en edición digital; d) información recogida de la web de la universidad de La Rioja, de la asignatura “Ética y Legislación” en la escuela de enfermería, e) buscadores de internet académicos, entre otros, cuya bibliografía, será posteriormente referenciada.

Adicionalmente, se consultó el Boletín Oficial del Estado para revisar la legislación vigente de este país en cuanto al tema principal. Por otro lado, también se revisaron definiciones de la Real Academia de la Lengua Española. Finalmente, se seleccionaron las referencias acordes con el objetivo que se quiere lograr con el presente trabajo.

Términos utilizados:

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica se han utilizado los siguientes términos en inglés: “Euthanasia; Passive; Nurses/Nursin; Culture; Informed consent; Patient; Terminal phase; Suicide; End of life process; Arguments; Palliative care; Good medical practice; Death; Bioethics; Ethics; Terminal patient; History; Autonomy; Bioethics principles”, usando diferentes sinónimos y realizando diversas combinaciones entre ellos. En castellano: “Eutanasia; Pasiva; Enfermería; Cultura; Consentimiento informado; Paciente; Proceso terminal; Suicidio; Proceso final de vida; Argumentos; Cuidados paliativos; Buena práctica médica; Muerte; Bioética; Ética; Paciente terminal; Historia; Autonomía; Principios de la bioética”.

Términos Mesh:

El término Mesh que se ha empleado y que representa el tema central de este estudio es Euthanasia (mesh term).

Booleanos:

Los booleanos manejados para combinar los términos y llevar a cabo la búsqueda tanto ampliándola como reduciéndola, han sido: AND, NOT, OR.

Periodo de búsqueda:

La búsqueda comenzó en Enero de 2020, dándola por finalizada en Abril de ese mismo año.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: Para la realización de la revisión, se limitó la búsqueda a los estudios en personas, concretamente adultos, de ambos sexos, con enfermedades terminales y con gran padecimiento tanto físico como psicológico. Se eligió información con disponibilidad a texto completo, que fueron publicados en los últimos 19 años (del 2001 en adelante), en inglés y en español. También se añadió legislación antigua entrada en vigor a partir de 1973.

Criterios de exclusión: Se excluyeron aquellos estudios cuya antigüedad era mayor de 19 años, a excepción de la legislación vigente en este país.

Estrategia de búsqueda:

Se comenzó realizando búsquedas generales en cada una de las bases de datos, sin establecer ningún tipo de filtro. Esto se hizo para poder concretar los objetivos que se iban a responder posteriormente. Después, se comenzó a combinar términos e introducir filtros para especificar más la búsqueda.

Se utilizó esta misma estrategia de búsqueda en todas las bases de datos, pero combinando diferentes filtros. Tanto en Scielo como en Pubmed se introdujeron los años de publicación (2001-2020) y el idioma (español o inglés). En Dialnet, en cambio, solo se seleccionaron los artículos con opción a texto completo, para poder leerlos bien y realizar mejor la elección. Por último, en Cochrane, solo se utilizó el filtro de los años de publicación (publicados en los últimos 19 años).

Para responder al primer objetivo del presente trabajo, la legislación española en relación a la eutanasia, se usó el Boletín Oficial del Estado. Es un diario oficial nacional español dedicado a publicar leyes y disposiciones. Aquí no se usaron filtros de fechas pero sí que se realizó un estudio exhaustivo sobre las normas que legislan el acto eutanásico, excluyendo todas aquellas que no tengan relación con la temática principal.

Por último, se buscaron medios de comunicación escritos en edición digital para analizar las opiniones políticas. El criterio de búsqueda fue escoger aquellas noticias publicadas entre 2018 y 2020 ya que tenían que ser recientes. Los periódicos utilizados fueron 20 minutos, El País y El Mundo.

La información sobre las estrategias de búsqueda en las diferentes bases de datos se muestra de forma esquemática en una tabla de elaboración propia denominada “Estrategias de búsqueda”. Aquí se muestran las bases de datos utilizadas, las combinaciones de términos utilizados, las fechas en las que se realizaron las búsquedas, e incluso los artículos que se han seleccionado y excluido.

Justificación de uso de las diferentes bases de datos:

Se han seleccionado las bases de datos anteriormente mencionadas por los siguientes motivos:

PUBMED:

Esta base de datos permite realizar una búsqueda básica, o una búsqueda avanzada utilizando los operadores booleanos. Da la opción de clicar enlaces con los textos completos de algunos artículos a través de las sedes web de los editores, además existen modalidades de búsqueda adicional como la posibilidad de buscar artículos relacionados a partir de un artículo encontrado en una búsqueda previa. También se pueden hacer búsquedas clínicas a partir de filtros metodológicos preconfigurados como el año de publicación, el tipo del documento y el idioma por ejemplo. La única limitación es que hay veces que no deja acceder al texto íntegro del artículo.

TABLA 1 “ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA”

PUBMED					
Fecha	Estrategias de búsqueda	Filtros	Resultados	Elegidos	Referencias bibliográficas
9 Ene	Euthanasia (mesh term) AND Passive	Free full text available/19 years/English	149	1	E Garrard, S Wilkinson. Passive eutanasia.2005. (14).
9 Ene	Euthanasia (mesh term) AND Nurses	Free full text available/19 years/English	123	1	B Dierckx de Casterlé, C Verpoort, N De Bal and C Gastmans. Nurses´views on their involvement in eutanasia: a qualitative study in Flanders (Belgium). 2006 April. (34).
15 Feb	Euthanasia (mesh term) AND Culture	Free full text available/19 years/English	191	1	Carlo Leget. The relation between cultural values, euthanasia, and spiritual care in the Netherlands. 2017. (21).
15 Feb	Consentimiento informado		36	1	Versión en inglés revisada por: Laura J. Martin, MD, MPH, ABIM Board Certified in Internal Medicine and Hospice and Palliative Medicine, Atlanta, GA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team. Consentimiento informado-adultos. 2017. (18).
					Total:4

DIALNET:

Está asociada a la Universidad de La Rioja por lo que nos facilita el acceso a los artículos que contiene. Da la opción de pedir artículos que no están disponibles en texto completo, ingresando el correo de la universidad, cosa que facilita bastante la búsqueda.

TABLA 2

DIALNET					
Fecha	Estrategias de búsqueda	Filtros	Resultados	Elegidos	Referencia bibliográfica
9 Ene	Eutanasia, Enfermería		27	2	Manuel Pabón Carrasco. "¿Vida? o Muerte": Eutanasia. Centro de Enfermería de Cruz Roja. Adscrito a la Universidad de Sevilla. 2015. (36) Cornejo Sánchez C, Fernández Prieto P, Gómez Fernández P, García García M, Losada García A, Del Castillo Arévalo F. Las enfermeras Comunitarias ante el derecho a morir dignamente. (Revista SEAPA). Noviembre de 2014. (13)
25 Feb	Eutanasia, Suicidio	Texto completo	106	1	Albert Royes. La Eutanasia y el suicidio medicamente asistido. Universidad de Barcelona. 2008. (15)
15 Mar	Enfermería, Proceso final de vida	Texto completo	97	1	Ángeles Marín Jiménez. Percepción de los profesionales de enfermería acerca del proceso final de vida en el ámbito hospitalario. 10 de Julio de 2018. (33).
7 Abr	Eutanasia, Argumentos	Texto completo	40	1	Mauricio Correa Casanova. La eutanasia y el argumento moral de la iglesia en el debate público. 2006. (37)
10 Abr	Cuidados paliativos, Buena práctica médica	Texto completo	15	1	Dr. Jacinto Bátiz. Adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico en cuidados paliativos. España, 2014. (11)
					Total: 6

COCHRANE PLUS:

Permite encontrar artículos tanto en inglés como en español, y contiene el texto completo de revisiones y de protocolos actualmente en curso y las referencias bibliográficas de otros documentos de interés. Además permite establecer la fecha de publicación que interese obtener.

TABLA 3

COCHRANE PLUS					
Fecha	Estrategias de búsqueda	Filtros	Resultados	Elegidos	Referencias bibliográficas
15-Abr	Patient AND terminal phase	19 years	31	1	Bridget Candy, Louise Jones, Robyn Drake, Baptiste Leurent Michael King Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. UK 2012. (35).
					Total: 1

SCIELO:

Es una biblioteca virtual formada por una colección de revistas españolas sobre ciencias de la salud seleccionadas de acuerdo a unos criterios de calidad. El objetivo del proyecto es contribuir al desarrollo de la investigación, aumentando la difusión de la producción científica nacional. Proporciona acceso completo a una colección de revistas y al texto completo de los artículos.

TABLA 4

SCIELO					
Fecha	Estrategias de búsqueda	Filtros	Result.	Elegidos	Referencias bibliográficas
12 Ene	Eutanasia, muerte, bioética	spanish OR english	40	2	Dr. Carlos R. Gherardi. Eutanasia. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Ene. /Feb. De 2003. (3). J. Federico Campos Calderón, Carlos Sanchez Escobar y Omaira Jaramillo Lezcano. Consideraciones acerca de la eutanasia. 2001. (9).
20 Ene	Eutanasia, etica	spanish OR english	39	3	Lic. Mabel Creagh Peña. Policlínico Docente "Dr. Diego Tamayo". Dilema ético de la eutanasia. La Habana, Cuba. 2011. (32). Pablo Simón Lorda y Inés M. Barrio Cantalejo. La eutanasia en Bélgica. 2012. (22). Grupo de estudios de ética clínica de la Sociedad Médica de Santiago. Eutanasia y acto médico. Chile 2011. (5).
15 Mar	Eutanasia, historia		23	2	Götz Aly. Los que sobran. Historia de la eutanasia social en la Alemania nazi, 1939-1945. 2015. (8). Maribel Bont, Katherine Dorta, Julio Ceballos, Anna Randazzo, Eliexer Urdaneta-Carruyo. Eutanasia: una visión histórico – hermenéutica. Mayo-Julio de 2007. (7).
24 Mar	Enfermería, Paciente terminal	spanish OR english	72	1	Míguez Burgos y Muñoz Simarro. Enfermería y el paciente en situación terminal. Murcia, Junio de 2009. (10).
24 Mar	Enfermería, bioetica	spanish OR english	133	1	Gloria Lucía Arango Bayer, especialista en Bioética. Enfermería y el respeto a la autonomía en el ámbito hospitalario: Entre la sobreprotección y el descuido. 2013. (20).
1 Abr	Bioetica, autonomia	19 years/ spanish /review-article	16	1	Cañete Villafranca R, Guilhem D, Brito Pérez k. Paternalismo médico. 2013. (19).
1 Abr	Bioetica, Principios de la bioetica	19 years/ spanish /health science	204	2	Dra. María Ferro., Dra. Luzcarín Molina Rodríguez., Mcs. Pbro. William A. Rodríguez G. La Bioética y sus principios. Junio de 2009. (16) Azulay Tapiero. Los principios bioéticos: ¿Se aplican en la situación de enfermedad terminal? Valencia. 12 de Diciembre de 2001. (17).
					Total: 12

RESULTADOS

Marco legislativo de la eutanasia en España.

Según un estudio comparativo, las políticas, no se plantean para los ciudadanos, sino más bien, con los ciudadanos, debido a que el bienestar debe ser la expresión del pueblo, no del estado. La mayor parte de los países, incluido España, prohíbe en su legislación tanto la eutanasia como el suicidio asistido. Sancionando este acto como conductas de cooperación en el suicidio de otra persona, o incluso como homicidio con voluntad de la víctima (15).

En este país, la Constitución Española, es la norma suprema del ordenamiento jurídico Español, por lo tanto, toda la legislación de este estado, estará sujeta a esta. De acuerdo con el artículo 15 de la presente ley, “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra”. Toda la legislación que se mencionará a continuación, está ligada a esta norma suprema, por lo que tanto la ley general de sanidad estatal como las normas particulares de cada comunidad, respetan el derecho a la vida penalizando cualquier acto que reduzca el proceso del morir (23).

La Organización Médica Colegial de España, define el acto eutanásico de la siguiente manera: “la eutanasia es quitar la vida a un paciente mediante una acción que se ejecuta o mediante la omisión de una intervención médica obligada. En uno y en otro caso, se provoca deliberadamente la muerte a un paciente”. Por lo tanto, este acto está penalizado en España ya que su objetivo es quitar la vida a alguien de forma directa o indirecta. (1,15).

El vigente Código Penal Español, en su artículo 143, castiga con una pena de entre 2 a 5 años a la persona que ayude o coopere en el suicidio de otro ciudadano, ya que la norma suprema protege el derecho a la vida. Por otra parte, en otro punto de ese mismo artículo, se muestran una serie de atenuantes para disminuir la condena (15).

El Código Penal, Libro II (delitos y sus penas), Título I (del homicidio y sus formas), Artículo 143, refiere (24):

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

Por lo tanto, el Código Penal castiga a la persona que mate o que ayude a morir a otro ciudadano, pero la pena sería menor si existe petición expresa de la víctima o si padece alguna enfermedad terminal o tuviera padecimiento insoportable (24).

Se puede observar, que los atenuantes recogidos en el artículo 143.4 de nuestro Código Penal, son muy similares a los recogidos en las normativas de Holanda, Bélgica, y Oregón. Esto es debido a que en el debate legislativo, a pesar de que no se llegó a despenalizar esta acción, se ve cierta sensibilidad ante estas situaciones (19).

La Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad, refiere (25):

- Se incorpora la autonomía y se deja claro que el mejor interés lo tiene el paciente o sus representantes.
- Esta ley asigna a los profesionales sanitarios la tarea de explicar a sus pacientes la situación en la que se encuentran y dar un diagnóstico claro para que éstos puedan decidir.
- Aparece el derecho del paciente a negarse al tratamiento propuesto cuando él lo considere, continuando con otras alternativas posibles.

Aquí se muestra la importancia de la autonomía del paciente a la libre elección, dejando que el paciente se niegue a tratamientos después de que el personal sanitario haya proporcionado una información clara sobre su diagnóstico (25)

Asimismo, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, aprueba (2,15,25):

- El derecho a una información veraz, científica y entendible para el paciente, y así tenga la libertad de rechazar los tratamientos y decidir sobre las actuaciones en torno a su propia salud.
- El derecho a dejar planificado con antelación los cuidados o el tratamiento de salud que quiere el paciente, a lo que se le denomina “Registro de Instrucciones Previas” o “Testamento Vital”.

En el caso de que un paciente con una enfermedad terminal y con padecimiento insoportable no pudiera estar en condiciones de elegir, se recurriría al documento de instituciones previas, donde el afectado puede negarse a cualquier tratamiento que le prolongue artificialmente la vida, prefiriendo los cuidados paliativos para la disminución del sufrimiento que padece. Si la persona no ha firmado ningún documento de este tipo, se preguntara a los familiares de este. Sin embargo, la voluntad expresada por el paciente, no puede ir en contra del ordenamiento jurídico donde se castiga a la persona que acortase la vida o provocase la muerte de otra. Por lo que en España, ante una situación irreparable, que causa un sufrimiento insoportable, las opciones generales pueden ser (15);

- a) Rechazar el tratamiento.
- b) Limitación del esfuerzo terapéutico (no aplicar medidas desproporcionadas sabiendo que la situación es irreparable- encarnizamiento terapéutico).
- c) Sedación paliativa.

Ninguna de estas opciones tiene como objetivo poner fin a la vida del paciente ya que nuestro ordenamiento jurídico protege la vida, en todos los casos, incluso contra la voluntad del sujeto (15).

La jurisprudencia constitucional española, según el artículo 15, ha insistido en que el derecho a la vida y el derecho a no sufrir tratos inhumanos o degradantes, no conllevan el derecho a ser matado a petición propia. En numerosas ocasiones, tanto en el debate de la Comisión del Senado sobre la eutanasia, como en los momentos en

los que han rechazado las propuestas de legalización de esta, la mayoría refiere que si una persona mata a otra, es necesaria la intervención del estado en protección de la vida humana en su momento más vulnerable (2).

A pesar de que exista una legislación española, cada Comunidad Autónoma tiene su propia normativa en relación al abanico de posibilidades que se tienen en el proceso final de vida. Es importante destacar, que el reglamento de las comunidades, tiene que ir acorde con la estatal, por lo que en ninguna legislación del país se acepta la eutanasia activa directa, ya que el estado castiga el acortar la vida de una persona bajo cualquier circunstancia (15,17,19).

Centrándonos en la Comunidad Autónoma de La Rioja, la Ley 2/2002 de 17 de Abril de Salud, en su Título II, Capítulo primero, Artículo 6 (Derechos relacionados con la autonomía de la voluntad), en relación al tema que nos ocupa refiere (26);

- 6.5.- Declaración de voluntad anticipada
 - El usuario mayor de edad y con plena capacidad de obrar tiene derecho a que el Sistema Público de Salud de La Rioja respete su voluntad, anticipadamente expresada, para los casos en que las circunstancias del momento le impidan expresarla de manera personal, actual y consciente.
 - La voluntad anticipada debe formalizarse mediante documento notarial, en presencia de tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos como mínimo no deben tener con la persona que expresa la voluntad relación de parentesco hasta el segundo grado ni relación laboral, patrimonial o de servicio, ni relación de afectividad análoga a la conyugal.
 - Las declaraciones de voluntad anticipada para que sean vinculantes para el Sistema Público de Salud de La Rioja, deberán inscribirse en el Registro de Voluntades adscrito a la Consejería competente en materia de salud. No serán tenidas en cuenta aquellas voluntades que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica.
 - Reglamentariamente se regulará el Registro de Voluntades.
- 6.6 -Los derechos del enfermo o usuario en proceso terminal

Los enfermos o usuarios del Sistema Público de Salud de La Rioja son titulares de todos los derechos recogidos en esta Ley también

en sus procesos terminales y en el momento de su muerte. En este sentido tienen derecho:

- A morir en pleno uso de sus derechos, y especialmente el que le permite rechazar tratamientos que le prolonguen temporal y artificialmente la vida.
 - A recibir los tratamientos paliativos, en particular el del dolor, facilitándoselos en el entorno más adecuado.
 - A morir acompañado de las personas que designe, especialmente de sus familiares o allegados, los cuales recibirán la orientación profesional adecuada.
 - A recibir el duelo necesario tras su muerte en el centro sanitario.
- 6.7 -En toda circunstancia el paciente tiene derecho a vivir el proceso de su muerte con dignidad y a que sus familiares y personas próximas le acompañen en la intimidad y reciban el trato apropiado al momento.

Por lo tanto, esta ley permite al usuario expresar las voluntades anticipadas, siempre y cuando sea capaz y mayor de edad, esté formalizado mediante un documento notarial y en presencia de testigos, y se registre en el registro de voluntades de la consejería pertinente. Por otro lado, permite al enfermo rechazar tratamientos que prolonguen la vida de forma artificial, recibir los cuidados paliativos pertinentes, y morir acompañado de las personas que el paciente decida. Por último, la presente ley, ofrece el derecho al enfermo de vivir el proceso de la muerte con dignidad (26).

Por otro lado, la Comunidad de Madrid, también tiene su propia ley de sanidad; La Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. En el Título cuarto, capítulo primero de la presente ley, se habla de los derechos y deberes de los pacientes, pero la parte que concierne a este tema, se refleja en el Artículo 27 “Derechos de los ciudadanos en relación con el sistema sanitario”. Aquí se plasman los puntos más relacionados con la eutanasia (27):

1. El ciudadano tiene el derecho a ser informado para poder tomar una decisión respecto a su salud. También está en su derecho de negarse a recibir información.
2. En el caso de que exista riesgo vital o incapacidad a la hora de que el paciente pueda tomar decisiones que atañen a su salud, se pondrán en marcha los mecanismos necesarios para proteger los derechos del ciudadano.
3. Se reconoce el derecho al respeto de la voluntad del paciente en el proceso de morir.

4. Se reconoce el derecho a los cuidados paliativos integrales de calidad incluida la sedación paliativa.

Es decir, la Comunidad de Madrid protege el derecho de los pacientes a recibir una información veraz y entendible para que la persona enferma pueda tomar una decisión respecto a su salud. En el caso de que exista una patología terminal y le provoque un sufrimiento insoportable al paciente, se pondrán en marcha mecanismos para proteger los derechos de este. Por último se reconoce el derecho a recibir unos cuidados paliativos para paliar el dolor (27).

Asimismo, en la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, explica los derechos que tiene el paciente en esta comunidad. En ningún punto se habla de la posibilidad de poner fin a la vida del paciente, ya que la Constitución Española defiende el derecho a la vida ante cualquier situación, pero menciona los mecanismos necesarios para proteger los derechos del ciudadano, aplicables a la situación terminal. En primer lugar, en su título II “De los ciudadanos”, en el Artículo 4, se mencionan los derechos del usuario; A recibir la información necesaria respecto a su salud, a la libre elección de tratamiento, el respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad sin discriminación alguna, a una segunda opinión médica, o incluso a la confidencialidad de sus datos de salud. En segundo lugar, en el Artículo 7 “De la integridad de la persona”, menciona el derecho de todo ser humano a su integridad física y psíquica, ya que el bienestar del ser humano debe prevalecer sobre el interés exclusivo de la ciencia. Por lo tanto, este punto aclara la necesidad de anteponer la integridad y la dignidad de la persona. En tercer lugar, en cuanto al tema que nos ocupa, menciona en su Artículo 15, las voluntades anticipadas (28):

1. Las voluntades anticipadas son el documento en el que una persona mayor de edad, con capacidad legal suficiente y libremente, manifiesta las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurren no le permitan expresar personalmente su voluntad. También puede elegir un representante que será la persona que le sustituya cuando el no pueda expresar su voluntad.
2. La declaración de voluntades anticipadas se formalizará mediante uno de los siguientes procedimientos:
 - a. Ante notario
 - b. Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar; de los cuales, dos, como mínimo, no pueden tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante.

3. No se tendrán en cuenta aquellas voluntades anticipadas que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica, o que no se correspondan exactamente con el supuesto de hecho que se hubiera previsto en el momento de emitirlas. En estos casos, debe hacerse la anotación razonada correspondiente en la historia clínica del paciente.
4. Este documento debe ser entregado en el centro sanitario donde se atiende al paciente, incorporando este documento en su historia clínica.
5. Cada centro hospitalario deberá contar con una comisión encargada de valorar el contenido de dichas voluntades.
6. Se crea el Registro de Voluntades Anticipadas, dependiente del Servicio Aragonés de Salud. Reglamentariamente se regulará su organización y funcionamiento, así como el acceso a los documentos contenidos en el mismo, al que únicamente tendrán derecho las personas interesadas y el centro sanitario donde el paciente sea atendido.

Por lo tanto, en el caso de la comunidad Autónoma de Aragón se acepta el derecho de las voluntades anticipadas entregando previamente el documento en el centro sanitario donde se atiende al paciente. No se tendrán en cuenta las peticiones que van en contra de la legislación estatal (28).

Es importante relacionar la función del profesional de enfermería en base al Código Deontológico. Este código, es una guía que sirve para resolver los problemas éticos que se plantean en el ejercicio de la profesión. Según este reglamento, la enfermería se ocupa del bienestar y los cuidados del paciente en su totalidad. Estos profesionales deben proteger al individuo de posibles tratos humillantes o de cualquier tipo de afrentas a su dignidad personal. También están obligados a respetar la libertad del paciente a elegir y controlar la atención que se le presta. Por lo tanto, cuando el enfermo está en situación indigna para él, el profesional de enfermería debe protegerlo. En el caso de que haya un paciente en situación terminal, y sigan tratando la enfermedad sin darse cuenta de la situación indigna del paciente, la enfermera deberá luchar por la situación inhumana del mismo para proporcionarle cuidados que puedan paliar su sufrimiento antes de seguir martirizando al paciente con procedimientos que le prolonguen artificialmente la agonía. Por otro lado, el Código Deontológico exige al profesional que proteja la vida del paciente por lo que se rechaza cualquier acto eutanásico o de suicidio medicamente asistido. Para finalizar, en el Capítulo III, Artículo 18, esta ley refiere: “Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse” (29).

Es de interés mencionar la Proposición de ley Orgánica de regulación de la eutanasia que realizó el Grupo Parlamentario Socialista, el 31 de Enero de 2020. “El objeto de esta ley, es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse”. Según esta propuesta, se limita el uso de “eutanasia” a aquella que se produce de manera activa y directa, por lo tanto, las actuaciones por omisión designadas como eutanasia pasiva, o la eutanasia activa indirecta, se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia (30).

Conforme a esta proposición de ley, la regulación y legalización de este acto se asientan sobre la compatibilidad de unos principios esenciales recogidos en la Constitución Española. Por un lado, los derechos fundamentales de la vida y a la integridad física y moral, y por otro, la protección de la dignidad, la libertad y la autonomía de la voluntad. Para hacer compatibles todos estos derechos, no basta con despenalizar las conductas implicadas en poner fin a la vida de una persona, aun cuando haya sido a petición propia, ya que este cambio dejaría a las personas desprotegidas respecto a su derecho a la vida. Lo que busca este planteamiento, es regular y despenalizar la eutanasia en determinados supuestos, definidos claramente, y sujetos a garantías suficientes que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión, descartando presiones externas (30).

Define la prestación de ayuda para morir como la “acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades” (30):

- i) La administración directa de una sustancia por parte del profesional sanitario.
- ii) La prescripción al paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio, para causar su propia muerte.

En el Capítulo segundo, quinto artículo, define los requisitos necesarios para que el enfermo reciba la prestación de ayuda para morir (30):

- o Tener la nacionalidad española o residencia legal en España, ser mayor de edad, capaz y consciente en el momento de la solicitud.

- Disponer, por escrito, de toda la información relevante sobre su proceso de enfermedad, tanto el diagnóstico, como las diferentes alternativas, incluida los cuidados paliativos.
- Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas. Si el médico responsable considera que la muerte de la persona solicitante o la pérdida de su capacidad para otorgar el consentimiento informado son inminentes, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica del o la paciente.
- Sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una enfermedad grave, crónica e invalidante en los términos establecidos en esta ley, certificada por el médico responsable.
- Prestar consentimiento informado (incorporado en la HC del paciente) previamente a recibir la prestación de ayuda para morir.

Así mismo, recalca que en los casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no es capaz, deberá haber rellenado con anterioridad un documento de instrucciones previas para que se le pueda facilitar la ayuda para morir (30).

En cualquier caso, el solicitante a la prestación de ayuda para acabar con su vida podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en la historia clínica. En el caso de que el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia a los profesionales de enfermería (30).

Diferencias éticas en relación al concepto de eutanasia.

Como se ha podido comprobar, siempre ha existido polémica en cuanto al tema del acto eutanásico, desde las sociedades más primitivas hasta hoy en día. La discusión se centra principalmente en la eutanasia activa, donde hay una acción dirigida a la provocación de la muerte como la administración de una inyección terminal. Esto se debe a que la pasiva, no es considerada eutanasia propiamente dicha ya que esta no tiene como objetivo matar al paciente, sino ayudarlo a paliar el dolor, aunque como efecto colateral cause la muerte (1).

Dentro del Biologismo, se encuentran dos posturas. Por una parte, está la postura que ve la vida como un bien absoluto y la muerte como un mal absoluto. Esto

significa, que un médico que participa en esta postura, hará todo lo posible para preservar la vida de un paciente llegando incluso al encarnizamiento terapéutico. En este extremo, los sanitarios luchan por la vida del paciente hasta situaciones irracionales. Por el contrario, la otra postura, se centra más en la autonomía del paciente. El problema que surge en esta posición, es que el paciente tiene que estar con plenas facultades mentales para poder tomar una decisión racional sobre lo que quiere para su situación de salud. Por lo tanto, un paciente con grandes dolores o afectado por las consecuencias tóxicas de la enfermedad, no podría tomar decisiones a no ser que haya escrito el documento de instrucciones previas (1).

En la sociedad de hoy en día, según algunos autores, se encuentran tres posturas éticas respecto al tema que nos ocupa. Por un lado, están los que se posicionan totalmente en contra, por otro lado, los que se encuentran totalmente a favor, y por último las personas que establecen un equilibrio entre estas dos posturas:

- **Opiniones en contra:** Se encuentran los que piensan que nadie tiene derecho a provocar la muerte de alguien enfermo, ni por acción ni por omisión. Estas personas creen que es una ofensa considerar indigna la vida de algunas personas enfermas o disminuidas. Para ellos, el acto eutanásico, encubre el deseo de librar a los vivos del problema de atender a personas con una enfermedad incurable (1,2).

Tanto el acto eutanásico como el suicidio medicamente asistido, requieren la actuación de otras personas, dirigida a poner fin a la vida de otros. Por eso, los que están en contra de la despenalización de la eutanasia, creen que por muy estricta que sea la ley, será inevitable el temor a una aplicación no deseada. Por lo tanto, creen que si este acto fuese legal, se produciría una desconfianza en los sanitarios por parte de los enfermos. Esto ocurriría a raíz de que el médico priorizase cuestiones financieras, refiriéndose al gasto que produciría para el Estado mantener con vida a una persona con una enfermedad terminal. Esto podría llevar al paciente a no ser totalmente libre a la hora de dar el consentimiento (1,2).

Por otra parte, alaban la lucha de personas enfermas o discapacitadas por seguir con vida, ya que confían en que el avance de la ciencia podría llegar a curar a personas que hoy en día se encuentran sin posibilidades de curación. Los colectivos religiosos, por ejemplo, están en este grupo, ya que consideran la vida como un regalo de un todopoderoso (1,2).

Las personas que están en contra de la despenalización de la eutanasia, ven la vida como un bien absoluto que hay que cuidar, nadie tiene derecho a quitarle la vida a otra persona. (1,2,23)

- **Opiniones a favor:** Las personas que se posicionan a favor de la despenalización de la eutanasia, se guían por tres ideas: Primero, creen que la eutanasia liberaría a la persona de los sufrimientos propios de la

enfermedad; Segundo, abarataría los costes que supondría tratar la enfermedad incurable; Y por último, este acto, ayudaría a salvar la dignidad del hombre al evitarse una imagen penosa de el mismo (1,2).

Este punto de vista está respaldado por el principio de autonomía. El paciente es libre de decidir sobre las acciones que van a repercutir en su propia salud (1,17, 18, 19, 20).

Creer en la eutanasia como acto-piadoso, acortar la vida de una persona para liberarla de una vejez o enfermedad angustiosa (1,2).

Podemos encontrar partidos políticos, como Unidas Podemos o el Partido Socialista, que están a favor de la despenalización de este acto, y no solo eso, sino que han hecho una proposición de ley para aprobar una legislación que respalde este acto (30,31).

Según Mabel Creagh Peña, para los defensores, la dignidad humana trata de poder elegir libremente el momento de morir. Para los detractores, en cambio, la dignidad humana consiste en aceptar la enfermedad, ya que cualquier vida es digna de merecer (32).

Como refieren muchos artículos, es complicado valorar todo lo que envuelve la eutanasia, ya que hoy en día, dentro de este término se incluyen una serie de conceptos. Este acto, siempre es practicado por otras personas, aun que sea por consentimiento de la víctima, de ahí que se entienda como “homicidio consentido”. En cambio, si es el propio enfermo quien se provoca la muerte, aunque sea con ayuda de un tercero, hablamos de suicidio asistido “eutánásico” (1). En algunas encuestas se observa que existen más prejuicios a la hora de hablar de suicidio asistido que de eutanasia, ya que este último término, ha ido incorporándose de forma más natural en la sociedad española (13).

En un estudio descriptivo transversal dirigido a todas las enfermeras de la atención primaria de Asturias que trabajan en centros de salud, se conoce la opinión y actitud de ellas sobre los problemas éticos alrededor de la muerte. Esta encuesta fue realizada en 2014 entre mayo y junio, por el centro de investigaciones sociológicas a petición del Ministerio de Sanidad y Política Social en. En este estudio obligan a los participantes que se sitúen como paciente y como profesional, siendo estos los resultados (13):

- Están en contra de prolongar la vida del enfermo artificialmente cuando no hay esperanza el 91% situándose como pacientes, y el 86% como enfermeros.

- A favor de administrar medicación para aliviar el sufrimiento aun que acelere la muerte el 94% como pacientes, y el 93% como profesionales.
- A ayudar a morir para evitar sufrimientos se encuentran a favor el 81% como pacientes y el 75% como profesionales de enfermería.
- Están a favor de que se interrumpa un tratamiento que prolongue el sufrimiento cuando queda poco de vida, el 82,5% como pacientes y el 81% como enfermeras.
- Cabe destacar, en las preguntas de carácter más general, relacionadas con el principio de autonomía del paciente, el alto porcentaje de encuestados que están totalmente a favor de que todas las personas tienen que tener acceso a la asistencia sanitaria necesaria para una muerte sin dolor ni sufrimiento y que 7 de cada 10 enfermeras opinen que cada persona es dueña de su propia vida y de elegir cuando y como deben morir.
- El 63% de ellas creen que se debería de legislar la eutanasia.
- El 34% cree que se debería de legislar el suicidio asistido, y el 28% creen que si pero con inseguridad.

Este estudio, demuestra que la mayor parte de los encuestados están a favor de una muerte digna, tanto para ellos siendo pacientes, como siendo profesionales. Los enfermeros y enfermeras, opinan que debería de legislarse la eutanasia, pero cuando se habla de suicidio medicamente asistido, baja el porcentaje de los que están a favor ya que tiene una connotación negativa para ellos. Este análisis también demuestra una clara relación con las creencias religiosas, estando más de acuerdo con la legalización de la eutanasia los no creyentes (13).

Según Ángeles Marín Jiménez, el objetivo principal del profesional de enfermería ante un paciente terminal, es proteger la calidad de vida del enfermo, y preservar su dignidad, favoreciendo el proceso de “muerte digna”. El paciente tiene derecho a recibir una atención individualizada, y vivir acompañado el proceso de muerte. Es necesario que el centro facilite el contacto del paciente con los familiares, por lo que también es importante la participación del profesional de enfermería para ayudar al proceso de duelo al que se enfrenta la familia. Por lo tanto, la participación de las enfermeras en el proceso del morir, es de suma importancia (33). Según un estudio cualitativo realizado en Bélgica, las enfermeras de cuidados paliativos creen unánimemente que tienen un papel importante en el proceso de atender a un paciente que solicita la eutanasia. Este papel no se limita a ayudar al médico cuando este le administra las drogas para poner fin a la vida del enfermo. La participación de las enfermeras comienza cuando el paciente solicita la eutanasia y termina con el apoyo a los familiares y acompañantes del paciente después del posible acto de terminación de

la vida. Las enfermeras subrayaron la importancia de tener una mente abierta y de utilizar técnicas paliativas (34). Es importante realizar un correcto apoyo a los familiares y amigos que desempeñan un papel central en los cuidados informales del paciente. Estas personas pueden desarrollar estrés físico, psicológico y económico y a pesar de que se estén desarrollando programas de apoyo para los cuidadores de estos pacientes, la enfermera deberá ayudarles en todo lo posible (35).

Existen otros estudios como el realizado a 60 enfermeras del Hospital Virgen Macarena en Sevilla, para analizar el grado de acuerdo y de desacuerdo de los profesionales de enfermería frente a la eutanasia. Los objetivos de este estudio eran analizar las opiniones de los profesionales en las distintas unidades (UCI, Paliativos, Oncología, Medicina Interna, y Neonatal), y valorar si la religión influye en las actitudes frente a este tema. Se encontraron los siguientes resultados (36);

- 31 de las 60 enfermeras, conocen el término de eutanasia, pero 25 de ellas no se familiarizan con la palabra.
- Sin embargo, aumenta el porcentaje de conocimiento respecto a la eutanasia pasiva ya que 34 de ellas conocen este término.
- Las creencias religiosas les influyen en la participación de la eutanasia a la mayor parte de ellas (52 de los 60 profesionales), solo a 8 de ellas no les influye.
- Se observa que solo el 13,33% conoce el registro de Voluntades Anticipadas, siendo la gran mayoría que desconocen este documento.
- Es importante destacar que para 28 de esas 60 enfermeras, la eutanasia es un fracaso en su deber de salvar la vida, para otras 28, no lo es, y 4 de ellas responden que no saben.
- El 63,34% considera que el personal de enfermería debería participar en el debate de la eutanasia, y el 26,67% de ellas cree que no, mientras que el 10% no saben que opinar.
- La mayor parte de ellas, 35 personas, consideran una forma de eutanasia la administración de morfínicos sabiendo que pueden acortar la vida del paciente. Otras 17 de ellas, consideran que son cosas diferentes, y 8 no lo saben.

Manuel Pabón Carrasco concluye que los profesionales de enfermería tienen un grado de conocimiento aceptable en lo que respecta a la materia relacionada con la eutanasia, además de una actitud tolerante ante su práctica. Sin embargo, es un terreno que podría mejorarse con una mayor preparación y cursos de formación ya

que existen lagunas relacionadas con algunos términos relacionados con el tema. A continuación se expone una tabla de este mismo estudio donde se refleja la opinión de las enfermeras en cuanto a si debe de existir o no la libertad para practicar la eutanasia según la autonomía del paciente (36):

TABLA 5

SERVICIOS	SI	NO
UCI	12	0
Medicina Interna	9	3
Neonatología	4	8
Paliativos	12	0
Oncología	12	0

Manuel Pabón Carrasco. "¿Vida? o Muerte": Eutanasia. Centro de Enfermería de Cruz Roja. Adscrito a la Universidad de Sevilla. 2015. (36).

Las posturas religiosas, por otro lado, están en contra de la eutanasia ya que en su opinión, la vida tiene un carácter sagrado, otorgado por lo que creen que es superior al ser humano, por lo tanto, no corresponde a los seres humanos el decidir sobre el final de ella. Aquí se exponen algunas posturas religiosas (1):

➤ Iglesia Católica

La eutanasia es una grave violación de la ley de Dios, la relacionan directamente con la perversidad del suicidio o incluso del homicidio. Esta acción implica que una persona mata a otra mediante un acto positivo, o mediante la omisión de la atención necesaria, por lo que es una práctica contraria al quinto mandamiento: No matarás.

En el artículo 2277 del Código de Derecho Canónico, define la eutanasia como una práctica que pone fin a la vida de disminuidos, enfermos o moribundos, siendo moralmente inaceptable (1,37).

En cambio, en el artículo 2278, se rechaza el encarnizamiento terapéutico, ya que con esto no se provoca la muerte, sino que se acepta el no poder impedirla. Refiere que las decisiones deben ser tomadas por el paciente, en el caso en el que no sea capaz, las tomará el que tenga los derechos legales. Pero siempre y cuando no se le ponga fin a la vida de una persona.

Por último en el Artículo 2279 del Código de Derecho Canónico, se establece que aun que la enfermedad sea mortal e irreparable, es de carácter obligatorio seguir ofreciéndole los cuidados necesarios, como la administración de la analgesia.

➤ Islámica

Según Nadeem Elyas, presidente del consejo islámico de Alemania, no demos de aferrarnos a la vida, cuando ella llega a su fin, se debe entrar con satisfacción a la muerte. En cambio, la religión islámica prohíbe toda clase de eutanasia, ya que “la vida es un don divino el cual hay que proteger y cuidar lo más posible. El fin de la vida solo lo determina Dios” (1).

➤ Evangélica

Consideran que la vida de una persona no hay que prolongarla innecesariamente, pero el ser humano no puede poner fin a ella cuando quieran ya que la vida, con sus límites, es un don divino. Los evangelistas están en contra de la eutanasia, ellos fundamentan su postura en la fe cristiana, por lo que aceptan el fin de la vida cuando llega su hora.

➤ Judía

Según esta religión, “si nacimos en contra de nuestra voluntad, en contra de nuestra voluntad moriremos algún día” (1). El ser humano fue creado a imagen y semejanza de Dios, por lo que consideran que la decisión de morir es exclusivamente del Todopoderoso.

Por otra parte, los partidos políticos también discrepan en cuanto a este tema. Según el periódico digital, después del caso de María José Carrasco, el debate sobre la eutanasia apareció en los programas electorales de los distintos partidos políticos. Las posturas van desde la propuesta de una ley de eutanasia, defendida por PSOE y Podemos, hasta el rechazo total, por parte de Vox. Ciudadanos se sitúa en el medio aclarando la necesidad de regulación respecto a este tema pero de forma más progresiva (31).

El Partido Socialista Obrero Español, defiende la despenalización de este acto, pero exigen que se controle todo el proceso; desde la decisión del propio paciente hasta las actuaciones sanitarias que se le vayan a realizar. Son conscientes de que esta ley exigiría un cambio en el Código Penal, pero Pedro Sánchez proclama: “Queremos que la muerte sea tan digna como la vida” (31). El grupo parlamentario

socialista es el que puso en marcha la propuesta de ley (anteriormente mencionada) como un derecho y una prestación sanitaria (38).

Según ese mismo periódico, 20minutos (2019), el Partido Popular prefiere no entrar en el debate. El PP está a favor de los cuidados paliativos y de una muerte digna, pero no quieren ver “la muerte” como un derecho. Este partido está de lado del testamento vital, donde el paciente, anterior a esa enfermedad terminal, escribe sus deseos respecto a sus cuidados (siempre y cuando no vaya en contra de la ley suprema la Constitución Española) (31).

En cambio, según el periódico El País (2020), el PP acusa al Gobierno de impulsar esta proposición de ley (presentada por tercera vez) con el objetivo de ahorrar costes. El Partido Popular, refiere que para el PSOE, la eutanasia es una política de recortes (39).

Conforme el periódico El Mundo (2019), VOX rechaza la eutanasia. Santiago Abascal expresa su negativa a la despenalización de esta ya que puede llevar a soluciones no queridas por los enfermos. Comenta que hay ancianos que sentirían miedo a partir de una edad ya que se considerarían un lastre y podrían acabar con ellos (40). Según 20 minutos (2019), VOX declara que es un partido pródigo, por lo que está a favor de crear unidades del dolor para que “nadie esté en su casa retorciéndose de dolor” (31).

Según Emilio Ordiz, Unidas Podemos, por otra parte, incluye en su programa electoral una ley de muerte digna, igual que el PSOE. Todas las personas que tengan un sufrimiento irreparable, deben tener el derecho de poner fin a ese sufrimiento tanto físico como emocional. Para ellos, esta norma trata de ofrecer una libertad para decidir, no trata de ver quién sufre más (31).

Ciudadanos, en cambio, exige tener antes el apoyo parlamentario a su norma sobre la muerte digna. Albert Rivera renuncia a usar la palabra eutanasia y pide que el debate se centre en la obstinación terapéutica. El partido naranja, por lo tanto, pide que se tomen medidas cuando a un paciente en fase terminal, con un sufrimiento irreversible, se le inicien medidas sanitarias desproporcionadas al resultado que se vaya a obtener (31).

CONCLUSIÓN

Uno de los grupos humanos más primitivos como son los esquimales, opinaban que no se podía mantener a los miembros improductivos de la sociedad. Asimismo, Platón, opinaba que las personas que no eran capaces de realizar las funciones dentro de la sociedad, no eran dignos de recibir cuidados. Es más en Atenas, el estado suministraba veneno a los que lo solicitasen para poner fin a su sufrimiento. Por el contrario, otros pensadores como Pitágoras o Hipócrates, defendían el derecho a la vida humana ante todo, nadie es indigno de vivir. Los religiosos, también alaban la vida ya que es dada por un ser superior y todopoderoso.

En el presente trabajo, se muestra cómo desde siempre ha habido polémica acerca del acto eutanásico, pero, ¿está realmente claro lo que significa la eutanasia? Por una parte, hay muchas otras palabras que tienen un significado similar, por lo que es difícil diferenciar. Por otro lado, no hay un único tipo de eutanasia por lo que cuando se habla de ella, es necesario especificar.

Resulta difícil legislar un acto que no está bien definido, por lo que en España, no hay una ley que lo legalice, a pesar de que haya propuestas de ley en marcha. En la Constitución Española, la norma suprema del estado, se protege el derecho a la vida y la integridad física y moral, sin que puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos. En base a esto, toda la legislación española respeta el derecho a la vida penalizando cualquier acto que provoque la muerte. En el Código Penal, se castiga a todo aquel que coopere o induzca al suicidio de otra persona. Pero existe un atenuante en el que se reduce la pena en el caso de que fuera a petición de la víctima, y que esta sufriera una grave enfermedad que le condujese a la muerte, o que le produjera graves padecimientos.

Asimismo, la relación del personal sanitario con el paciente, ha dado un cambio significativo. Generalmente, en la antigüedad, todas las decisiones sobre la salud del enfermo eran del profesional sanitario (paternalismo médico), ahora, en cambio, es el usuario quien decide sobre su propia salud. En España, desde el establecimiento del sistema sanitario apoyado por la ley 14/1986 General de Sanidad, y especialmente desde la entrada en vigor de la ley de autonomía del paciente 41/2002, se potencia la libertad del paciente y su autonomía, principalmente a la hora de tomar decisiones respecto a su salud y su vida.

En el caso de que hubiera un paciente con una enfermedad terminal y un padecimiento tanto físico como psicológico insoportable, podrá elegir si seguir con pruebas y tratamientos que le prolonguen temporalmente la vida de forma artificial, o elegir cuidados paliativos con analgesia y calmantes necesarios para acabar con su agonía, mediante el documento de instrucciones previas. Se cumplirán todas las

peticiones escritas en el documento, siempre y cuando no sean causar la muerte de forma directa, u otra indicación en contra del ordenamiento jurídico español.

Tras lo expuesto, y partiendo de que hay muchas modalidades de eutanasia, se puede concluir que la eutanasia activa directa, está penalizada ya que se trata de aplicar una dosis mortal, al igual que el suicidio asistido, porque cooperas de forma activa en la muerte de un paciente. Sin embargo, el paciente está en su derecho de negarse a recibir un tratamiento (eutanasia pasiva), o incluso a pedir más analgesia (eutanasia indirecta) aunque como efecto colateral de estas dos acciones, se adelante el proceso de muerte.

Por otra parte, en el presente trabajo, se muestra como hay opiniones diferentes acerca de este tema. Esta polémica se fundamenta en el concepto de dignidad humana: Para unos, la dignidad consiste en elegir libremente el momento de morir, ya que la situación de grave padecimiento vuelve la vida indigna; Para otros, cualquier vida es digna de merecer, por lo que nadie tiene derecho a ponerle fin. Varios estudios reflejan la opinión del personal de enfermería respecto a acortar el proceso de muerte, y aunque haya discrepancias al respecto, y tengan una idea confusa sobre lo que significa la eutanasia, la mayoría coincide en que son un importante punto de apoyo tanto para los familiares como para el enfermo en situación terminal. Por último, se puede afirmar, que el personal de enfermería, antepone el principio de beneficencia (hacer el bien por el paciente) al principio de autonomía (hacer lo que el paciente quiere) ya que es fácil caer en la maleficencia.

Finalizo mi Trabajo Fin de Grado con una frase de Virginia Henderson, que recuerda la importancia de la enfermería en los cuidados de final de vida:

“La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte (...)” (41).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Daniela Ortiz Celoria. Eutanasia. Trabajo de investigación sobre la eutanasia en Argentina. 2019.
- (2) César Nombela Cano, Frco López Timoneda, José Miguel Serrano Ruiz-Calderón, Elena Postigo Solana, Jose Carlos Abellán Salort, Lucia Prensa Sepúlveda. La Eutanasia: Perspectiva ética, jurídica y médica. Madrid, 23 de Septiembre de 2008.
- (3) Dr. Carlos R. Gherardi. Eutanasia. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Ene. /Feb. De 2003.
- (4) Diccionario de la lengua española, 23ª ed., (versión 23.3 en línea). (03/05/2020).
- (5) Grupo de estudios de ética clínica de la Sociedad Médica de Santiago. Eutanasia y acto médico. Chile 2011.
- (6) Medicina y Ética. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica. Eutanasia: una cuestión de relación. La petición de eutanasia. 2009.
- (7) Maribel Bont, Katherine Dorta, Julio Ceballos, Anna Randazzo, Eliexer Urdaneta-Carruyo. Eutanasia: una visión histórico – hermenéutica. Mayo-Julio de 2007.
- (8) Götz Aly. Los que sobran. Historia de la eutanasia social en la Alemania nazi, 1939-1945. 2015.
- (9) J. Federico Campos Calderón, Carlos Sanchez Escobar y Omaira Jaramillo Lezcano. Consideraciones acerca de la eutanasia. 2001.
- (10) Míguez Burgos y Muñoz Simarro. Enfermería y el paciente en situación terminal. Murcia, Junio de 2009.
- (11) Dr. Jacinto Bátiz. Adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico en cuidados paliativos. España, 2014.
- (12) C de Miguel Sánchez, A. López Romero. Eutanasia y Suicidio asistido: Conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia. 2006.
- (13) Cornejo Sánchez C, Fernández Prieto P, Gómez Fernández P, García García M, Losada García A, Del Castillo Arévalo F. Las enfermeras Comunitarias ante el derecho a morir dignamente. (Revista SEAPA). Noviembre de 2014.
- (14) E Garrard, S Wilkinson. Passive eutanasia.2005.

- (15) Albert Royes. La Eutanasia y el suicidio medicamente asistido. Universidad de Barcelona. 2008.
- (16) Dra. María Ferro., Dra. Luzcarín Molina Rodríguez., Mcs. Pbro. William A. Rodríguez G. La Bioética y sus principios. Junio de 2009.
- (17) Azulay Tapiero. Los principios bioéticos: ¿Se aplican en la situación de enfermedad terminal? Valencia. 12 de Diciembre de 2001.
- (18) Versión en inglés revisada por: Laura J. Martin, MD, MPH, ABIM Board Certified in Internal Medicine and Hospice and Palliative Medicine, Atlanta, GA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team. Consentimiento informado-adultos. 2017.
- (19) Cañete Villafranca R, Guilhem D, Brito Pérez k. Paternalismo médico. 2013.
- (20) Gloria Lucía Arango Bayer, especialista en Bioética. Enfermería y el respeto a la autonomía en el ámbito hospitalario: Entre la sobreprotección y el descuido. 2013.
- (21) Carlo Leget. The relation between cultural values, euthanasia, and spiritual care in the Netherlands. 2017.
- (22) Pablo Simón Lorda y Inés M. Barrio Cantalejo. La eutanasia en Bélgica. 2012.
- (23) Boletín Oficial del Estado. Constitución Española. 1978.
- (24) Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. 24 de Noviembre de 1995.
- (25) Jodra B. Temario Ética y Legislación. Tema 5 “Eutanasia: Aspectos éticos y legales”. Universidad de La Rioja. Escuela Universitaria de Enfermería. España 2017-1018.
- (26) Boletín Oficial del Estado. Ley 2/2002, de 17 de Abril, de salud. Comunidad Autónoma de La Rioja. Puesta en vigor 23/04/2002.
- (27) Boletín Oficial del Estado. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. 2001.
- (28) Boletín Oficial del Estado. Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. 2002.
- (29) Pilar Fernández Fernández. vicepresidenta del Consejo General de Enfermería Código Deontológico de Enfermería. Cuadernos de bioética 1994/4.
- (30) Rafael Simancas Simancas. Grupo Parlamentario Socialista. Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. 31 de Enero de 2020.

- (31) Emilio Ordiz. "20 Minutos". Sección actualidad. PSOE y Podemos proponen una ley de eutanasia, mientras el PP defiende los cuidados paliativos. 26 de Abril de 2019. Edición Digital.
- (32) Lic. Mabel Creagh Peña. Policlínico Docente "Dr. Diego Tamayo". Dilema ético de la eutanasia. La Habana, Cuba. 2011.
- (33) Ángeles Marín Jiménez. Percepción de los profesionales de enfermería acerca del proceso final de vida en el ámbito hospitalario. 10 de Julio de 2018.
- (34) B Dierckx de Casterlé, C Verpoort, N De Bal and C Gastmans. Nurses' views on their involvement in eutanasia: a qualitative study in Flanders (Belgium). 2006 April.
- (35) Bridget Candy, Louise Jones, Robyn Drake, Baptiste Leurent Michael King Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. UK 2012.
- (36) Manuel Pabón Carrasco. "¿Vida? o Muerte": Eutanasia. Centro de Enfermería de Cruz Roja. Adscrito a la Universidad de Sevilla. 2015.
- (37) Mauricio Correa Casanova. La eutanasia y el argumento moral de la iglesia en el debate público. 2006.
- (38) Elsa García de Blas. Periódico El País. Sección España. Política. El PSOE reactiva el debate sobre la eutanasia. 19 de Junio de 2018. Edición Digital.
- (39) Natalia Junquera. Periódico El País. Sección Sociedad. El PP: "Para el PSOE la eutanasia es una política de recortes. Quieren ahorrar costes". 12 de Febrero de 2020. Edición Digital.
- (40) Álvaro Carvajal. Periódico El Mundo. Sección España. Elecciones Generales. Vox rechaza la eutanasia y alerta: "puede dar lugar a soluciones finales con enfermos". 8 de Abril de 2019. Edición digital.
- (41) A.C. Yagüe Frías y M.C. García Martínez. Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales. Febrero de 2010.